



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Proposta de Capacitação para a Pessoa com alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Liliana de Jesus Marques Barbas

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Proposta de Capacitação para a Pessoa com alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Liliana de Jesus Marques Barbas

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA A PESSOA COM ALTERAÇÕES DO AUTOCUIDADO E PARA O SEU CUIDADOR: GANHOS SENSÍVEIS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Liliana de Jesus Marques Barbas

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Paula Gato Polido Rodrigues (Doutorada em Saúde Pública)
Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Arguente: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo (Doutorada em Enfermagem)
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador: Professor Doutor César João Vicente da Fonseca (Doutorado em Enfermagem)
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

Data: 19 de outubro de 2020

A reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo – regresso do mesmo à normalidade – deixam de ser possíveis. Este interesse pelo outro não pode ser confundido com a ajuda que se presta a um indivíduo indeterminado; é o interesse particular, requerido pela singularidade da existência de determinada pessoa.

Hesbeen (2003: XI)

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos dirigem-se a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Destaco todas as pessoas com as quais me cruzei na prestação de cuidados, e que me permitiram dar sentido ao meu percurso profissional e académico!

À minha família, em especial aos meus pais e irmã, agradeço todo apoio e esforço que fizeram para que me fosse possível concretizar mais um sonho e mais um objetivo da minha vida. Agradeço também à minha madrinha por ser o meu exemplo de vida, por tudo aquilo que me ensinou e por tudo o que fez para que eu pudesse ser hoje quem sou! Sem eles nada disto seria possível!

Ao João e à Graça agradeço todo o carinho, todo apoio e toda a paciência, que me permitiram manter o foco e ultrapassar todas dificuldades.

Ao Professor Doutor César Fonseca agradeço tudo o que ensinou e toda a disponibilidade e apoio demonstrados ao longo deste percurso. Um sincero obrigada por acreditar em mim!

Às minhas orientadoras, Ana Brandão, Elisabete Lopes e Patrícia Martins, agradeço toda a amizade e tudo aquilo que me ensinaram e, que me permitiu desenvolver competências e fomentar ainda mais o gosto pela área de enfermagem de reabilitação. De igual modo, agradeço à Enfermeira Carla Cordeiro por todo o apoio e incentivo!

Agradeço ainda aos meus amigos, aos colegas de trabalho e colegas de mestrado todo o companheirismo, toda a amizade e toda a ajuda que me disponibilizaram. Mesmo sem os nomear, eles sabem quem são!

A todos, o meu mais sincero obrigado!

RESUMO

Enquadramento: O processo de envelhecimento predispõe para uma maior vulnerabilidade e, por consequência para um maior risco de morbilidade. Tal, pode interferir com a capacidade de autocuidado, levando a maiores níveis de dependência e de necessidade de cuidados. Neste contexto, surge o cuidador informal como elemento promotor da continuidade de cuidados. O EEER ao capacitar a pessoa e cuidador, pode contribuir para a qualidade de vida de ambos.

Objetivo: Descrever as competências do EEER desenvolvidas na capacitação da pessoa e cuidador.

Metodologia: Para descrever a intervenção do EEER utilizou-se a teoria de médio alcance de Lopes (2006) e a metodologia de estudo de caso de Yin (2015), com recurso aos instrumentos de colheita de dados: ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), QASCI (Martins, Ribeiro & Garret, 2003) e Índice de Barthel (Araújo *et al.*, 2007).

Resultados: Foram construídos um modelo de capacitação para o autocuidado e um plano de intervenção. Obtiveram-se ganhos na funcionalidade geral e no autocuidado de todas as pessoas.

Conclusão: A capacitação do cuidador contribuiu para o seu próprio autocuidado, assim como para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa dependente.

Este relatório reflete o percurso desenvolvido, bem como os resultados obtidos e as competências adquiridas.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Capacitação, Autocuidado, Cuidador, Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

Background: The aging process predisposes to greater vulnerability and, consequently, to a greater risk of morbidity. This can interfere with the ability to self-care, leading to higher levels of dependence and need for care. In this context, caregiver appears as an element that promotes continuity of care. The rehabilitation nurse, by training the person and caregiver, can contribute to their quality of life.

Objective: Describe the skills of rehabilitation nurse developed in the training of person and caregiver.

Methodology: To describe the rehabilitation nurse intervention, we used Lopes' medium-range theory (2006) and Yin's case study methodology (2015), and for data collection, the instruments: ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), QASCI (Martins, Ribeiro & Garret, 2003) and Barthel Index (Araújo *et al.*, 2007).

Results: A training model for self-care and an intervention plan were built. Gains were obtained in the general functionality and in the self-care of all people.

Conclusion: The training of caregiver contributed to their own self-care, as well as to the improvement of the care provided to the dependent person.

This report reflects the course developed, as well as the results obtained, and the skills acquired.

Keyword's: Aging, Empowerment, Self-care, Caregiver, Rehabilitation Nursing

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – *American Psychological Association*

APER - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CASTIIS - Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sanguêdo

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CQC – Cuidar de Quem Cuida

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Ed. - Edição

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENCS – Elderly Nursing Core Set

EPE – Entidade Pública Empresarial

ECPICID-AVC - Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes por AVC

ESS – Escola Superior de Saúde

FINER - Feasibility, Interesting, Novel, Ethical, Relevant

HBPM – Heparina de Baixo Peso Molecular

HTA – Hipertensão arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

ICNP - International Council of Nurses

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

MeSH - Medical Subjects Heading

MPP – Modelo de Prática Profissional

NIH - National Institutes of Health

n.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

p. e. – Por exemplo

PICO - Population, Intervention, Context, Outcomes

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

PRISMA - Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises

QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNG - Stroke Nursing Guideline

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TDAE - Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

UP's – Úlceras por Pressão

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO	17
2 - ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	21
2.1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
2.1.1 - Necessidades da Pessoa Idosa com Défice no Autocuidado	21
2.1.2 - O Cuidador Informal como Parceiro nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa em Contexto Domiciliário	27
2.1.3 - Proposta de Capacitação para a Pessoa com Alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação - Revisão Sistemática da Literatura	37
2.1.4 - Modelo de Capacitação para o Autocuidado: Proposta de Intervenção dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	51
2.2 - JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO.....	61
2.3 - METODOLOGIA	65
2.3.1 - População Alvo	67
2.3.2 - Instrumentos de Colheita de Dados	67
2.3.3 - Plano de Intervenção	71
2.3.4 - Considerações Éticas	79
2.4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	81
2.4.1 - Estágio de Reabilitação	81
2.4.2 - Estágio Final	87
2.5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	108
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	135
3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	136
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	143
3.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE	146
CONCLUSÃO	149
BIBLIOGRAFIA	154

APÊNDICES	169
Apêndice I – <i>Checklist</i> par Validação dos Ensinos feitos ao Cuidador	170
Apêndice II – Modelo de Consentimento Informado	173
 ANEXOS.....	 178
ANEXO I – Autorização para Aplicação do QASCI.....	179
ANEXO II – Autorização da Comissão de Ética	181

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de fluxo que descreve o processo seguido na realização da RSL, segundo as recomendações PRISMA.	41
Figura 2 - Modelo de Capacitação para o Autocuidado nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	60
Figura 3 - Metodologia de Estudos de Caso Múltiplos	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação dos resultados e caracterização dos estudos incluídos na RSL.....	43
Tabela 2 - Intervenções dirigidas à pessoa e cuidador e indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação.	49
Tabela 3 - Plano de Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Unidade de Ortopedia.....	73
Tabela 4 - Plano de Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.	79
Tabela 5 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra incluída no Estágio de Enfermagem de Reabilitação.....	82
Tabela 6 - Avaliação Inicial, Avaliação final e ganhos obtidos nos estudos de caso P1, P2 e P3 com aplicação do ENCS e do Índice de Barthel.....	87
Tabela 7 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra incluída no Estágio Final.....	88
Tabela 8 - Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais.	88
Tabela 9 - Avaliação Funcional da Pessoa P4.....	90
Tabela 10 - Avaliação Funcional da Pessoa P5.....	93
Tabela 11 - Avaliação Funcional da Pessoa P6.....	95
Tabela 12 - Avaliação Funcional da Pessoa P7.....	98
Tabela 13 - Avaliação Funcional da Pessoa P8.....	101
Tabela 14 - Avaliação Funcional da Pessoa P9.....	104
Tabela 15 - Avaliação Funcional da Pessoa P10.....	106
Tabela 16 - Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal e dos “Mecanismos de eficácia e de controlo” no Grupo B, através do QASCI.	107
Tabela 17 - Média Global de Scores do ENCS e do Índice de Barthel, no Grupo A e B.....	132

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surgiu no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório do 3.º Mestrado em Enfermagem em Associação entre as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Setúbal, Portalegre, Beja, Castelo Branco e Universidade de Évora. A escola acolhedora foi a Escola Superior de Saúde [ESS] do Instituto Politécnico de Portalegre [IPP].

Este, tem por objetivo a obtenção do grau de mestre na vertente de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, e reflete o percurso desenvolvido na aquisição de conhecimentos e competências durante a realização do Estágio de Enfermagem de Reabilitação e do Estágio Final. Importa referir que inicialmente o projeto de intervenção desenvolvido apenas se referia ao Estágio Final, uma vez que a UC Relatório apenas contemplava o contexto referido anteriormente. No entanto, por terem ocorrido alterações curriculares na UC e por a estratégia de intervenção em ambos os estágios de aprendizagem ter sido a mesma, ambos foram incluídos na elaboração deste relatório. Como tal, foram tidos em conta os objetivos presentes no planeamento de ambas as UC's dos estágios.

O enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019: 4744). Além das competências da sua área de especialidade, o enfermeiro especialista é também detentor de um conjunto de competências comuns aos diferentes contextos de prestação de cuidados, decorrentes do aprofundamento das competências gerais, nomeadamente nas dimensões de: “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante (...), que permita (...) melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019: 4744).

Nesse sentido, procurando adquirir competências e, de modo a contribuir para o desenvolvimento e melhoria dos cuidados de enfermagem, foi desenvolvido um projeto de intervenção profissional, cuja metodologia e respetivos resultados serão expostos neste relatório.

Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010: 3) a metodologia de projeto “centra-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real”; “constituindo-se (...) como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática”. Para a sua concretização é necessário passar por cinco etapas, nomeadamente: a fase de diagnóstico, o planeamento, a execução, a avaliação e a divulgação (através

da elaboração de um relatório final). Tal, vai de encontro ao referido no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, pois este “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/20190: 4747).

Assim, foi necessário selecionar uma temática para direcionar a metodologia de trabalho de projeto para a mesma. Durante o Estágio de Enfermagem de Reabilitação, ao prestar cuidados à pessoa em contexto de dependência por agudização num serviço de ortopedia foi possível perceber que desde o início do internamento havia necessidade de preparar a alta e, que além da pessoa dependente era necessário incluir o cuidador, pois em contexto domiciliário este revela um papel fulcral para garantir a continuidade dos cuidados (Martins & Mesquita, 2016). Além disso, envolver o cuidador informal no programa de reabilitação, ajuda-o a encontrar estratégias para promover a funcionalidade do seu familiar e a prevenir a sobrecarga resultante da prestação de cuidados ao mesmo (Rocha, Avila & Bochi, 2016).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), o enfermeiro “discute as alterações da função (...) com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida; (...) intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta (...) e ensina, demonstra e treina técnicas (...) com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)” (Regulamento N.º 392/2019: 13565-67). Pelo que, também durante a realização do Estágio Final, numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], em contexto domiciliário foi possível verificar a necessidade de incluir o cuidador no plano de intervenção do EEER, reconhecendo-se a sua importância enquanto parceiro de cuidados no domicílio, e enquanto alvo dos cuidados do enfermeiro. Pois este desempenha um conjunto de funções, no seu dia-a-dia, que requerem conhecimentos e treino, tais como atividades de vida diárias (AVD's), resolução de problemas, entre outras. Importa, por isso, capacitá-lo de modo a promover a sua autonomia e autocuidado, contribuindo também para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa dependente (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau, Neves, & Lleixà-Fortuño, 2016). Além disso, ao incluir o cuidador num programa de reabilitação, será possível acompanhá-lo, monitorizando os efeitos da sobrecarga, ansiedade, depressão, qualidade de vida, etc. e, reconhecer o seu perfil e dificuldades na sua função (Vloothuis *et al.*, 2015).

Petronilho & Machado (2017), na sua revisão da literatura demonstraram também que existem quatro áreas fundamentais que refletem a investigação mais recente e reportam a exploração de novas áreas relacionadas com o autocuidado, sendo elas: a promoção do autocuidado nos familiares

cuidadores; o desenvolvimento de instrumentos para avaliar a capacidade para o autocuidado das pessoas idosas com doença crónica, e para se manterem autónomas no domicílio; e a influência de doenças e tratamentos na capacidade para o autocuidado. E, sobressaem como algumas das áreas prioritárias em enfermagem de reabilitação para 2015-2025: as intervenções autónomas do EEER nas áreas da função motora, respiratória; dependência no autocuidado em contexto domiciliário; capacitação da pessoa e/ou cuidador; validação de escalas e efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a).

Assim, dadas as necessidades identificadas no contexto de prática clínica e de acordo com o regulamento de competências EEER e com a literatura atual definiu-se como título para o projeto de intervenção profissional descrito neste relatório “Proposta de Capacitação para a Pessoa com alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”.

Doran & Pringle (2011) consideram resultados sensíveis dos cuidados de enfermagem todos aqueles que são significativos, baseados no domínio e intervenção de enfermagem, e para os quais existe evidência empírica que relacione as intervenções de enfermagem aos resultados. Assim, os autores identificaram alguns dos seguintes resultados sensíveis dos cuidados de enfermagem: o estado funcional, o autocuidado, a gestão de sintomas, a segurança do doente, a satisfação do doente, as alterações psicológicas, e a utilização de cuidados de saúde.

Além do que, pelo avanço do conhecimento que tem vindo a ocorrer, o EEER deve incluir continuamente novas descobertas na sua prática, devendo esta ser “baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando em projetos que visem aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de competências dentro da sua especialização” (Regulamento N.º 392/2019: 13566). Assim, com vista à obtenção do grau de mestre na área de especialização de enfermagem de reabilitação a elaboração deste relatório, objetiva demonstrar a prática baseada na evidência, assim como a aquisição de competências, tais como:

“(…) b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas (...) ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...); e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentado (...)” (Decreto-lei n.º 63/2016, art.º 15: 3174).

Corroborando a importância do desenvolvimento da prática profissional e da perícia, através da obtenção do conhecimento ou da experiência, Patrícia Benner na sua teoria defende que na prática o enfermeiro adquire e desenvolve conhecimentos e habilidades clínicas no tempo, a partir de uma base

educacional assim como de uma multiplicidade de experiências profissionais, podendo torna-se perito (Benner, 2001). De acordo com o nível de conhecimento e experiência, o enfermeiro pode ser: principiante, principiante avançado, competente, proficiente ou perito, sendo que cada um se distingue pelo seu desempenho e quanto à apreciação de situações (Nunes, 2010). Os enfermeiros considerados “peritos” conseguem atuar de forma rápida e eficaz, antecipando na maior parte das vezes a sua intervenção e prevenindo situações de risco. Enquanto que os profissionais que se encontram no domínio de “iniciados ou principiantes” possuem um comportamento mais limitado e rígido, que se cinge aos conhecimentos teóricos e às regras que lhe são impostas para atuar, não possuindo a rapidez e técnica necessária para intervir de forma adequada. Passando pelos estádios seguintes (principiante avançado, competente e proficiente), os profissionais vão adquirindo competências de análise e maleabilidade com a prática, que lhes permitem desenvolver a sua intuição face às situações clínicas e, ir tendo uma compreensão global dos fenómenos (Benner, 2001).

De modo prestar cuidados de elevada qualidade e antecipação (Nunes, 2010), com o projeto implementado perspetivou-se desenvolver um modelo de intervenção profissional na prática de cuidados do EEER para a capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e para a capacitação do seu cuidador.

Este relatório reflete a concretização de todo o percurso desenvolvido na aquisição de conhecimentos e competências com vista à obtenção do grau de mestre e especialista em enfermagem de reabilitação. Como tal, nele é descrita a estratégia de intervenção implementada nos estágios e anteriormente definida no projeto, bem como os resultados que dela advieram, quer em termos práticos na prestação de cuidados à pessoa, ou em termos profissionais na aquisição de competências. Assim, foi definido como objetivo geral deste relatório: - Descrever as competências do EEER desenvolvidas na capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e na capacitação do seu cuidador. E como objetivos específicos: - identificar os resultados obtidos com a implementação da estratégia de intervenção profissional descrita; - relacionar os resultados obtidos com a evidência científica apresentada através da revisão sistemática da literatura (RSL) elaborada previamente; - refletir acerca do processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEER, bem como acerca do processo de aquisição de competências de mestre; - e identificar os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação com base no modelo de intervenção desenvolvido.

No que respeita à sua estrutura, este encontra-se dividido em três capítulos: no primeiro capítulo é feita uma breve caracterização e apreciação dos contextos onde decorreram o estágio de enfermagem de reabilitação e o estágio final, onde foi implementado o projeto de intervenção profissional apresentado neste relatório. No segundo capítulo é descrita a estratégia de intervenção profissional utilizada com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências de mestre na área de

especialidade de enfermagem de reabilitação. Nele, começa por se fazer um enquadramento teórico da temática, onde são expostas as necessidades da pessoa idosa com défice no autocuidado, bem como as necessidades do respetivo cuidador e a sua importância na prestação de cuidados em contexto domiciliário e em parceria com o EEER; segue-se a RSL, onde são apresentados os resultados encontrados na literatura atual no que respeita à temática abordada; posteriormente, é descrito o modelo de capacitação para o autocuidado utilizado no projeto de intervenção profissional enquanto estratégia do EEER, e no qual são definidos os modelos teóricos e conceptuais que serviram de base para a sua implementação; depois temos a justificação da estratégia de intervenção, bem como a metodologia utilizada para elaboração deste relatório; e, a apresentação e discussão dos resultados obtidos após implementação do projeto de intervenção profissional. No terceiro e último capítulo é feita uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas no processo de aprendizagem desenvolvido ao longo dos estágios e de todo o percurso académico, com vista à obtenção do grau mestre na área de especialidade em enfermagem de reabilitação. E, por fim, é apresentada a conclusão, onde é feita uma breve reflexão sobre as competências adquiridas ao longo deste percurso e dos resultados obtidos com a implementação do projeto de intervenção profissional, bem como as dificuldades encontradas e as perspetivas futuras no delinear deste percurso profissional.

Na elaboração do presente relatório, foram seguidas as normas da *American Psychological Association* [APA] 6.^a edição para referência bibliográfica. Quanto à redação do texto, foi de acordo com as normas da ESS do IPP e o texto foi escrito segundo o novo acordo ortográfico.

1 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO

No presente capítulo será feita uma caracterização das unidades de prestação de cuidados onde decorreram o Estágio de Enfermagem de Reabilitação e o Estágio Final, enquanto UC's do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ambas incluídas no presente relatório.

O Estágio de Enfermagem de Reabilitação decorreu no Serviço de Ortopedia de um Hospital Distrital, tendo sido aqui a área de intervenção do EEER, Ortopedia e Traumatologia.

Quanto ao Estágio Final, decorreu numa UCC enquadrada na Administração Regional de Saúde [ARS] da qual também faz parte o Hospital Distrital mencionado anteriormente. Neste, as áreas de intervenção preferenciais foram a Neurologia e Cuidados Respiratórios.

1.1 - SERVIÇO DE ORTOPEDIA - HOSPITAL DISTRITAL

O Estágio de Reabilitação decorreu no Serviço de Ortopedia de um Hospital Distrital no período de 6 semanas, de 20 de maio a 28 de junho de 2019.

O Hospital Distrital é uma Entidade Pública Empresarial [EPE], sendo dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (Decreto-Lei N.º 18/2017). Enquanto entidade do setor público tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2016). A sua construção é do tipo monobloco, com 14 pisos. As enfermarias são ligadas entre si, com os serviços, por três eixos de comunicação vertical, um central e dois laterais. Tem uma lotação considerável de camas, que se distribuem pela área Médica, área Cirúrgica, Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento da Mulher e Criança, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios. Possui também um Serviço de Urgência Pediátrica e um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Hospital de Dia de Oncologia e Cardiologia e, Consulta Externa para as várias especialidades médicas e cirúrgicas. Recentemente, foi também criado o Serviço de Hospitalização Domiciliária. E, dispõe de um serviço de urgência e de internamento médico e de cuidados intensivos dedicados ao COVID-19.

Esta instituição serve uma população de aproximadamente 192 000 habitantes. Tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável; objetivando ser um hospital de referência pela capacidade de resposta às necessidades das pessoas e pela qualidade técnica e humana dos

profissionais. E tem como valores a Orientação ao Doente; a Inovação; Ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais; Qualidade e Ambiente; Responsabilidade Social; Realização dos Colaboradores; e Criação de Valor Económico e Social.

O Hospital Distrital tem vários projetos de enfermagem na área de reabilitação, nomeadamente na Promoção da Independência na Pessoa/Cuidador após Fratura Proximal do Fémur; Promoção da Independência na Marcha na Pessoa com alterações da Mobilidade decorrentes de AVC; e Promoção de Estilos de Vida Saudáveis na Pessoa com Síndrome Coronário Agudo.

O Serviço de Ortopedia, onde decorreu o Estágio de Reabilitação (Área de Intervenção de Ortopedia/Ortotraumatologia) entre 20 de maio de 2019 e 28 de junho do mesmo ano, localiza-se no piso 6 do Hospital Distrital e é constituído por 2 alas. Da equipa multidisciplinar, constituída por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Sociais, Assistentes Operacionais, Fisioterapeutas, Nutricionista e Técnicos administrativos, fazem também parte vários Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Existe neste serviço o Projeto “Promoção da Independência na Pessoa/Cuidador após Fratura Proximal do Fémur”. No entanto, todas as pessoas são alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, independentemente do motivo de admissão. Os cuidados são prestados tanto nas enfermarias como num ginásio que foi criado pelos enfermeiros de reabilitação, onde existe material adequado e específico para os cuidados de enfermagem de reabilitação.

Desde a admissão da pessoa que existe a preocupação de preparar a alta, pelo que são logo feitas uma avaliação e uma referenciação para a equipa de gestão de altas no caso de haver possibilidade de integrarem a Rede Nacional de Cuidados Continuados [RNCCI]. Além do que, é também feito o contacto com os familiares nesse sentido e, são iniciados ensinamentos com vista à promoção de uma alta precoce contribuindo para a qualidade de vida da pessoa/família. Quanto aos cuidados, são sobretudo no que respeita à Reabilitação Funcional Motora e Respiratória, com ensino pré e pós-operatórios. O EEER realiza exercícios terapêuticos com a pessoa, treino de marcha, mobilizações no leito, 1.º levante, treino de AVD's nomeadamente no que respeita ao autocuidado higiene, entre outros. De salientar, que ao longo das duas alas de internamento foi feita uma marcação com fita na parede com marcas de 3 em 3 metros, permitindo determinar as distâncias que as pessoas fazem no treino de marcha.

Quanto à equipa multidisciplinar, existe uma boa relação com todos, sendo possível articular tanto com os enfermeiros de cuidados gerais, como com os médicos, fisioterapeutas ou assistentes sociais, de modo a estabelecer o melhor plano de intervenção para a pessoa.

1.2 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCC onde decorreu o Estágio Final do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, no período de 17 de setembro de 2019 a 17 de janeiro de 2020, pertence à ARS onde também se encontra a área de intervenção do Hospital Distrital referido anteriormente.

A UCC localiza-se num concelho que ocupa uma área de 158 km², nas instalações do antigo Centro de Saúde, onde coexistem também a Unidade de Saúde Familiar [USF], a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, o Polo da Unidade de Saúde Pública, o Polo da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, o Serviço de Medicina Dentária e o Serviço de Atendimento Complementar. Além destas unidades funcionais e serviços, faz também parte deste Centro de Saúde outra USF que se localiza numa das freguesias do concelho.

A UCC abrange uma população de 24 462 residentes distribuídos por uma área de intervenção geodemográfica com características urbanas e rurais, e conta com uma densidade populacional de 155 pessoas/Km². Tem por missão assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida, com base em princípios de cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, parceria, avaliação contínua e gestão participativa. E, objetiva contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] (Despacho n.º 10143/2009).

A UCC, de acordo com o artigo 11.º do decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, visa “Prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Decreto-lei n.º 28/2008: 1184).

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar a tempo inteiro, que inclui: vários Enfermeiros Especialistas, nomeadamente nas áreas de Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Comunitária, Saúde Infantil, e com formação em Cuidados Paliativos; Fisioterapeuta; Assistente Técnica, e Terapeuta Ocupacional. Além destes, estão também ainda integrados a tempo parcial na UCC outros profissionais: Técnica de Cardiopneumologia, Assistente Social e Educadora Social, Higienista Oral, Psicóloga, e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna.

O horário de prestação de cuidados é das 8h às 18h de segunda a sexta-feira e, das 9h às 13h nos fins de semana e feriados. E tem como carteira de serviços: a Parentalidade (Preparação para o nascimento e Recuperação Pós-parto); a Intervenção Precoce na Infância; a Saúde Escolar; a Equipa de

Cuidados Continuados Integrados [ECCI]; o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, o Núcleo Local de Inserção Social, e Classes de Mobilidade.

A intervenção da UCC é essencialmente na comunidade e em contexto domiciliário, dispondo de carros para realização de visitas domiciliárias e outras intervenções na comunidade. E possui também material adequado às várias áreas de intervenção.

Quanto à intervenção do EEER na UCC é sobretudo em pessoas integradas em ECCI, cuja referência segue as regras da RNCCI. No entanto, presta também cuidados a pessoas referenciadas por outros profissionais de saúde como enfermeiros, médicos, fisioterapeuta ou outros. A intervenção do EEER nesta UCC é dirigida a jovens, adultos e idosos, em todas as suas áreas de intervenção e, é sobretudo no contexto domiciliário. Após referência é feita uma primeira visita domiciliária, onde a pessoa é avaliada de modo a serem determinadas as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Quanto ao material utilizado no processo de reabilitação das pessoas é sobretudo propriedade das mesmas, nomeadamente auxiliares de marcha, camas articuladas, e outro material adaptado.

No decorrer da nossa intervenção na UCC foi possível verificar que, embora a intervenção na pessoa idosa dependente fosse também muito dirigida ao seu cuidador informal, não existia nenhum programa de intervenção estruturado em relação ao mesmo. De acordo com a literatura atual, foi diagnosticada a necessidade de implementação de programas psicoeducativos dirigidos aos cuidadores informais, devendo estes basear-se na obtenção de habilidades práticas e na resolução de problemas, de modo a diminuir o impacto dos cuidados nos mesmos. O estudo de Araújo, Lage, Cabrita, & Teixeira (2016: 12) demonstrou que é fundamental uma “intervenção precoce e estruturada, baseada na informação, no treino e na capacitação dos cuidadores informais, como forma de diminuir a sobrecarga e promover a saúde física, psicológica, o bem-estar social e a satisfação dos cuidados”.

2 - ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Este capítulo inclui a fundamentação da estratégia de intervenção profissional delineada com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências para obtenção do grau de mestre na área de especialização de enfermagem de reabilitação. Como tal, é constituído pelo enquadramento teórico onde são retratadas as necessidades da pessoa idosa com défice no autocuidado, bem como do respetivo cuidador; segue-se a RSL; o modelo de capacitação para o autocuidado enquanto estratégia do EEER; a justificação da estratégia de intervenção; a metodologia; a apresentação dos resultados; e a discussão dos resultados.

2.1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1.1 - Necessidades da Pessoa Idosa com Défice no Autocuidado

O envelhecimento da população surge como uma das maiores preocupações da sociedade atual (Martins & Mesquita, 2016). Pois apesar de resultar de um aumento da esperança média de vida em consequência do desenvolvimento económico e, de melhores condições sociais e de saúde, o envelhecimento representa, por outro lado, maiores níveis de dependência e de necessidade de cuidados (Nunes, 2017a). A crescer ao envelhecimento da população surge um declínio dos índices de natalidade, diminuindo a população jovem e a população em idade ativa. Além das consequentes alterações demográficas, este é um cenário que trará também consigo transformações a nível social, nomeadamente no que respeita à alteração nas estruturas familiares, bem como a nível dos sistemas financeiros e de saúde, traduzindo-se num maior consumo de recursos sociais e económicos e de cuidados de saúde (Aadal, Angel, Langhorn, Pedersen & Dreyer, 2018; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Assim, as políticas de saúde têm vindo a colocar a sua ênfase

“na responsabilização, envolvimento e formação dos cidadãos e famílias para se cuidarem a si próprios, nomeadamente em relação às AVD’s, e na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, no sentido de serem capazes de gerir com a maior eficácia os processos de saúde-doença” (Petronilho, 2012: 11).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística [INE], em Portugal nos últimos 40 anos a população com 65 ou mais anos de idade duplicou e, poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080, representando cerca de um terço da população. Assim, o índice de

envelhecimento passará de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). Esta é uma situação que é transversal a outros países desenvolvidos. E, atualmente a Europa é o continente que tem maior percentagem de pessoas com mais de 60 anos, correspondendo a cerca de 25% da sua população (OMS, 2015).

O processo de envelhecimento reflete-se numa maior vulnerabilidade a fatores internos e externos, que predispõe para um maior risco de morbimortalidade. Pois devido à fragilidade dos idosos, vários sinais e sintomas são preditores de futuras complicações na sua saúde, nomeadamente a perda de peso não intencional (kg nos últimos 5 anos), autorrelato de fadiga, a diminuição da força de preensão, a redução das atividades físicas, a diminuição na velocidade da marcha (lentidão) e a diminuição das relações sociais (Lana & Schneider, 2014: 674), afetando os domínios físico, psicológico e social. Deste modo, o envelhecimento é comumente associado ao surgimento de doenças, levando ao desenvolvimento de problemas a nível da estrutura corporal funcional e a uma maior limitação nas atividades de participação, com maiores níveis de dependência. As limitações da atividade, ou incapacidades, podem manifestar-se por exemplo pela redução da capacidade para desempenhar atividades de vida diária, como o vestir/despir, o tomar banho, o andar, o comer/beber, entre outras. Os idosos constituem assim um grupo vulnerável, podendo estar sujeitos a um maior isolamento social, a maiores problemas económicos e, a um maior risco de necessidade de internamento institucional (Almeida & Sánchez, 2014).

O aumento da longevidade coloca-nos hoje inúmeros desafios, nomeadamente no que respeita à saúde e prestação de cuidados. Pois para que a pessoa possa envelhecer de forma saudável¹ são essenciais os recursos adaptativos da saúde; e com o avançar da idade, havendo um maior risco de doença e, consequentemente um maior índice de dependência, haverá também uma maior necessidade de cuidados (Sequeira, 2018). Assim, exige-se uma maior preparação dos cuidados de saúde e dos profissionais para lidar com as necessidades de uma população cada vez mais envelhecida. E, também os cuidadores informais têm de ser preparados e formados para tratar dos seus familiares dependentes (Booth, Hood-Moore, Hancox, Logan & Robinson, 2019).

Envelhecer com qualidade de vida² é um dos desafios com que a sociedade atual se depara. Mais que a ausência de doença, para se envelhecer com qualidade, valoriza-se a autonomia, vista como a “capacidade percebida para cuidar de si e para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre

¹ A OMS considera o “envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015: 13). Sendo “o envelhecimento ativo um processo de otimização das oportunidades na saúde, participação e segurança, com o objetivo de ganhar qualidade de vida em idade avançada” (World Health Organization [WHO], 2002: 12).

² É considerada “uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e está relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente” (WHO, 2002: 13)

a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências” (WHO, 2002: 13). Como tal, cada vez mais as medidas de envelhecimento ativo, com vista à promoção da funcionalidade e autonomia da pessoa idosa, devem ser uma prioridade das políticas sociais e da saúde. Manter-se física, mental e socialmente ativo, adotando condutas de prevenção da doença e promoção da saúde, podem ser importantes medidas para prevenir, retardar e impedir a progressão do envelhecimento e consequentes sinais e sintomas da síndrome de fragilidade do idoso. Pois a manutenção de uma atividade física regular constitui uma forma de compensação, ajudando a preservar as estruturas orgânicas, às quais se associa uma menor degradação neurofisiológica (Sequeira, 2018). Pelo que o enfermeiro de reabilitação pode ter um importante papel na manutenção das capacidades funcionais do idoso, já que apresenta competências que lhe permitem “proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e, minimizar as incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (Regulamento n.º 392/2019: 13565).

De acordo com o estudo realizado por Fonseca, Ferreira, Ramos, Lopes, & Santos (2017) as pessoas com 65 e mais anos de idade apresentam necessidades elevadas de intervenção ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente no que respeita ao autocuidado, aprendizagem e funções mentais, comunicação e relação com amigos e cuidadores. Para colmatar essas necessidades, promovendo a melhoria do comportamento de autocuidado, os autores propuseram planos individuais de intervenção dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação, incluindo intervenções ao nível da reabilitação funcional motora e respiratória, posicionamentos e atividades terapêuticas.

Dado que metade da população idosa apresenta pelo menos uma patologia crónica, a tendência é para que exista uma maior prevalência de incapacidade funcional ³. Pois tais patologias podem ter consequências no desempenho físico e no desempenho dos papéis sociais da pessoa idosa, levando a um declínio funcional e a um maior risco de institucionalização e de hospitalização por agudizações (OMS, 2015). Além do que, a inatividade associada ao envelhecimento leva à diminuição da atividade muscular e, consequentemente à perda de massa muscular, resultando numa coordenação sensoriomotora menos eficiente, implicando dificuldades acrescidas de adaptação a situações novas (Sequeira, 2018). De acordo com o estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2015), a incapacidade

³ “A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. Enquanto que a incapacidade diz respeito às deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação” (OMS, 2004: 7). Sendo a incapacidade e a funcionalidade de uma pessoa percebidas “como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais, quer pessoais ou ambientais”. Pelo que a capacidade define a aptidão de uma pessoa para executar uma tarefa ou uma ação, visando o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio e num dado momento (OMS, 2004).

funcional na população idosa com mais de 75 anos verifica-se sobretudo ao nível da saúde física (45,6% com limitação grave ou total) e AVD (23,6% com limitação grave ou total), sendo as mulheres e a população que apresenta mais de 85 anos de idade, os que manifestam piores resultados. Pelo que, de acordo com os autores, se torna premente avaliar a incapacidade funcional dos idosos e planificar intervenções com o objetivo de eliminar os fatores de risco relacionados com a incapacidade e, de atuar ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. E de acordo com Booth *et al.* (2019), as intervenções de reabilitação dirigidas à população idosa revelam-se complexas e devem ser desenvolvidas numa perspetiva holística, uma vez que envolvem um número considerável de fatores, quer a nível físico, social ou psicológico. Pois, tal como referido, devido ao processo de envelhecimento a pessoa vai perdendo capacidades, tornando-se dependente e necessitando de cuidados por parte de outrem.

A dependência surge assim como uma condição na qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de capacidade física, psíquica ou intelectual, durante “um período de tempo mais ou menos prolongado, necessitam de ajuda de outra pessoa ou de equipamento, para realizar certas atividades de autocuidado” (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014: 26). Quando a pessoa não tem capacidade para se auto cuidar, surge a necessidade de que outra pessoa exerça esses cuidados por si, evidenciando aqui a família um papel fundamental. Segundo Orem, o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente em seu benefício e por si próprias (sendo agentes de autocuidado) ou que alguém executa por elas (sendo agentes dependentes de cuidados), de modo a assegurar a “manutenção da vida, da saúde, e do bem-estar” (Orem, 2001: 43).

Além disso, a pessoa ao envelhecer ou ao enfrentar um processo de saúde doença, passa também por um processo de transição, que pode trazer consigo alterações a nível físico, psicológico e/ou social, tratando-se de um processo complexo, multidimensional e multicausal (Sequeira, 2018). Tal, acarreta muitas vezes maiores necessidades de suporte familiar e comunitário, nomeadamente de cuidados de longa duração, ou de apoios formais e informais. Pois

“o aparecimento de uma dependência implica uma transição para uma nova vida, devido a um acontecimento não antecipado (...), que pode surgir de forma abrupta (por exemplo, AVC, acidente, etc.) ou de forma progressiva (...), na maioria dos casos associado a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo (compromisso da mobilidade, da capacidade articular, da capacidade instrumental, da capacidade mental, etc.), como acontece no caso de demência” (Sequeira, 2018: 47).

Meleis (2011) definiu transição na sua teoria de médio alcance como um processo caracterizado por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem, sendo entendido como a passagem entre duas fases da vida, ou de um estado para o outro, pelo que se espera alcançar uma adequada adaptação ao novo papel ou situação. Por ser uma transição que resulta muitas vezes de situações inesperadas que ocorrem na vida da pessoa e que requerem uma redefinição dos papéis ou integração

de novos papéis, trata-se de uma transição do tipo situacional. O enfermeiro, pelas competências que apresenta, constitui-se como um dos seus papéis mais relevantes, o assistir a pessoa em processo de transição. Pois as suas intervenções vão no sentido de facilitar o processo e ajudar as pessoas a alcançarem o seu bem-estar (Meleis, 2011).

Embora os dados sejam ainda insuficientes, em Portugal estima-se que haverá cerca de 110 mil pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que cerca de 48 mil serão pessoas dependentes e acamadas (Petronilho, Pereira & Silva, 2017). E de acordo com o estudo de Ribeiro *et al.* (2014), as principais causas de dependência são a doença crónica (63,6%) e o envelhecimento (31,5%), indo de encontro ao que já foi dito. Há ainda a apontar que a instalação da dependência é predominantemente gradual (66,5%) (Ribeiro *et al.*, 2014), pelo que se verifica um processo de transição saúde/doença e independência/dependência, que é maioritariamente esperado e para o qual é necessário encontrar e antecipar uma resposta adequada, tanto dos serviços sociais como dos cuidados de saúde. Assim, tanto a pessoa como o cuidador/família e/ou comunidade, devem ser preparados nesse sentido. Pelo que em Portugal as políticas sociais e de saúde têm sido desenvolvidas de modo a privilegiar o inserir a pessoa dependente no contexto familiar, aumentando a responsabilidade da família e da própria comunidade (Petronilho *et al.*, 2017). No entanto, para que as pessoas dependentes possam permanecer no domicílio é necessário garantir os cuidados terapêuticos e apoio social que cada situação exige (Ribeiro *et al.*, 2014).

Para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, é necessário por um lado promover um envelhecimento ativo e promover a sua capacidade funcional, de modo a evitar a instalação da dependência; e por outro lado, é necessário assegurar os cuidados e manter as capacidades funcionais de todos aqueles que já são dependentes. Pelo que, tanto os cuidadores formais⁴ como os cuidadores informais devem ser formados e preparados no sentido de prestar os melhores cuidados à pessoa dependente, quer no domicílio ou em instituições sociais ou de saúde, promovendo a sua capacitação (Vloothuis *et al.*, 2015).

Em Portugal, com o objetivo de dar resposta às novas necessidades de cuidados sociais e de saúde de uma população cada vez mais envelhecida e dependente, em 2006 foi criada a RNCCI⁵. Esta, veio assumir social e politicamente o autocuidado como o elemento mais relevante da saúde dos cidadãos (Petronilho *et al.*, 2017), uma vez que “1 – Constitui objetivo geral da rede, a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem na situação de

⁴ São geralmente “profissionais devidamente qualificados (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, médicos, etc.)” “e que têm uma preparação específica para o desempenho deste papel (...). Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias, etc.” (Sequeira, 2018: 167)

⁵ A RNCCI “inclui unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social, cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade. Abrange hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autarquias locais” (Decreto-lei n.º 101/2006: 3857).

dependência” (Art. 4.º do Decreto-lei n.º 101/2006: 3858); sendo que se definem como Cuidados Continuados integrados:

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Art. 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006: 3857).

A RNCCI integra várias tipologias, nomeadamente:

- Unidades de Convalescença, que visam prestar cuidados de reabilitação e supervisão clínica, continuada e intensiva, com vista à estabilização clínica e funcional, na sequência de internamento hospitalar por situação aguda ou recorrência ou descompensação de um processo crónico. Estas destinam-se a pessoas com perda transitória da autonomia potencialmente recuperável, sendo a previsibilidade do internamento de 30 dias consecutivos.

- Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), destinam-se também a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. No entanto, tem também por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa, diferenciando-se na prestação de cuidados sociais e de reabilitação a pessoas com patologias específicas. O internamento pode ir de 30 a 90 dias consecutivos.

- Unidades de Longa Duração e Manutenção, nas quais os internamentos podem ser de carácter temporário ou permanente, com o objetivo de prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e, que não reúnam condições para estar no domicílio. Estas têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. O período de internamento é superior a 90 dias consecutivos. E, pode ainda proporcionar um internamento inferior (até 90 dias por ano), em situações temporárias, decorrentes de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal.

- Unidades de Cuidados Paliativos, acompanham, garantem o tratamento e a supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa ou avançada, incurável e progressiva. Estas unidades podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos doentes e não têm um prazo de internamento previsível.

- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), correspondem a uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para prestação de serviços domiciliários, que visam a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social e, cuja situação não requer internamento, não podendo, no entanto, deslocar-se de forma autónoma.

Esta equipa apoia-se nos recursos locais disponíveis e, articula com o centro de saúde, entidades de apoio social, serviços comunitários e autarquias locais (Decreto-lei n.º 101/2006: 3858).

Todas estas unidades e outras, como a Unidade de Dia de Promoção da autonomia ou as Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos intra-hospitalares e comunitárias, visam dar resposta às diferentes necessidades de pessoas em situação de dependência quer por patologia incapacitante e/ou crónica ou por doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, oferecendo cuidados de reabilitação, de longa duração e paliativos. A RNCCI permite assim obter maiores ganhos em saúde, oferecendo cuidados de proximidade à pessoa e família e garantindo a continuidade dos cuidados, através do planeamento do regresso a casa dos dependentes e na definição de modelos assistenciais de saúde a implementar em contexto domiciliário tendo as famílias como parceiros dos cuidados. Além disso, revela-se também como uma oportunidade para os enfermeiros demonstrarem a mais valia dos seus cuidados na reabilitação e no apoio social. Assim, a RNCCI e os cuidados do EEER podem contribuir para maiores ganhos na autonomia da pessoa, maior capacitação dos familiares cuidadores, para a prevenção de complicações, para a diminuição das taxas de hospitalização e de mortalidade e para a redução substancial dos custos dos cuidados de saúde (Petronilho *et al.*, 2017).

2.1.2 - O Cuidador Informal como Parceiro nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa em Contexto Domiciliário

O cuidador informal é visto na atualidade como um elemento fundamental no apoio e cuidado à pessoa em situação de dependência, nomeadamente no que respeita ao suporte emocional e à assistência nas AVD's (Aadal *et al.*, 2018). Embora este tenha sido um papel esquecido nas últimas décadas devido à evolução da sociedade e à necessidade de todos os elementos do núcleo familiar se manterem ativos no mundo laboral; hoje em dia, com as novas políticas de envelhecimento e com a valorização da permanência da pessoa dependente em contexto domiciliário, surge de novo o reconhecimento da função de cuidador informal (Sequeira, 2018). Este é geralmente um elemento da família próxima, nomeadamente mulheres, solteiras, domésticas ou desempregadas e que coabitam com a pessoa dependente (Melo, Rua, & Santos, 2014: 144). Reconhece-se, portanto, o papel preponderante da família enquanto sistema social primário, dentro do qual a pessoa é cuidada e, se desenvolve a nível físico, pessoal e emocional (Melo *et al.*, 2014).

De acordo com Sequeira (2018) os cuidadores são na sua maioria adultos com idades superiores a 40 anos e idosos com idades superiores a 60 anos. No caso de idosos com dependência mental, mais de 50% dos cuidadores têm mais de 61 anos, o que demonstra que a maior parte são também idosos. Além disso, são maioritariamente do sexo feminino (87%), casados (78,8%), com baixa escolaridade

(33,7% não completaram o primeiro ciclo e apenas 7,1% têm o ensino superior), indo também de encontro ao que revelou o estudo de Graça, Bocchi, Fusco & Avila (2018). No que respeita à atividade, prevalecem os cuidadores domésticos ou sem atividade, desempregados, reformados e com baixos rendimentos. Quanto à variável grau de parentesco, a maioria são cônjuges ou filhas, corroborando a ideia de que a função do cuidar recai geralmente sobre familiares mais próximos (Rocha *et al.*, 2016).

Os cuidados informais definem-se como

“os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos; executados preferencialmente no domicílio e que habitualmente ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros (...), sendo que os dois últimos apenas assumem a responsabilidade pelo cuidar em situações pontuais, devido à inexistência de família, ou quando não existe nenhum elemento capaz de assumir o papel de cuidador” (Sequeira, 2018: 167-168).

Em Portugal, o Estatuto do Cuidador Informal foi aprovado a 6 de setembro de 2019 pela Lei n.º 100/2019, com o objetivo de regular os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo medidas de apoio para os mesmos.

Neste “considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufera qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” e cuidador informal não principal aquele que “(...) acompanha e cuida de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Lei n.º 100/2019: 9).

Indo de encontro ao que o estatuto menciona, Sequeira (2018) refere que o cuidador primário ou principal é aquele que assume a responsabilidade integral pela prestação de cuidados, pelo que supervisiona, orienta, acompanha e/ou cuida diretamente da pessoa que necessita de cuidados. E, distingue ainda também o cuidador secundário e o cuidador terciários, como aqueles que prestam cuidados ocasionais ou esporádicos.

Cuidar⁶ é uma atividade inerente ao ser humano, mas revela-se, por vezes, como um processo complexo e dinâmico, pelas suas mais variadas formas de expressão e por toda a responsabilidade que envolve. Embora visto como um ato afetivo, cuidar de alguém dependente a nível físico ou mental, por um período considerável, pode tornar-se numa tarefa desgastante física e mentalmente (Almeida & Sánchez, 2014). Pois muitas vezes a pessoa que cuida dedica a maior parte do seu tempo e energia à pessoa cuidada, esquecendo-se de si e das suas necessidades, o que pode levar a uma sobrecarga do cuidador informal⁷. Esta é, no entanto, subjetiva, pois resulta da avaliação dos cuidadores acerca do

⁶ De acordo com Collière (1999), desde o início da história da humanidade que o cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie, estando na origem de todas as culturas. “(...) cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados; o que trata e o que é tratado” (Collière, 1999: 155).

⁷ A sobrecarga é definida como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados e corresponde à perceção subjetiva das ameaças relativas às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador (Martins, 2006)

seu papel social, das tarefas que concretizam, da percepção e do desenvolvimento da doença, e das mudanças que estes fatores causam na sua vida (Peixoto & Machado, 2016a).

A família, ao longo dos tempos tem sido considerada como a principal responsável pela promoção da autonomia e pelo cuidado a todos os seus membros, desempenhando uma função primordial (Martins & Mesquita, 2016). No entanto, a transição para o papel de cuidador não é um processo fácil, uma vez que cada família tem as suas normas, relações e papéis, nem sempre congruentes. Por outro lado, existem famílias em que a escolha do cuidador é um processo óbvio e subtil, uma vez que as características e experiência de cada membro estão bem definidas. De acordo com Sequeira (2018) a escolha do cuidador está dependente de um conjunto de circunstâncias múltiplas, privilegiando-se por exemplo o facto de um membro se encontrar desempregado. Além disso, os valores culturais e o seu posicionamento face à velhice e ao cuidado têm importância na aceitação do papel de cuidar, influenciando também a forma como a pessoa se adapta à sua nova função (Rocha *et al.*, 2016). Outro aspeto a apontar na escolha do cuidador é também o género, uma vez que é geralmente a mulher que assume essa função. Pois culturalmente o seu papel enquanto mãe e esposa, ainda está muito ligado ao ato de cuidar e às tarefas domésticas, embora a carreira profissional assuma hoje maior destaque entre o género feminino (Sequeira, 2018).

Muitas vezes a necessidade de assumir o papel de cuidador surge de forma repentina, após um evento crítico, em que a pessoa teve de ser sujeita a internamento hospitalar e ficou dependente de um momento para o outro (Graça *et al.*, 2018). Devido à nova situação de dependência, a pessoa e o cuidador passam por um processo de transição que gera alterações na dinâmica familiar, nomeadamente no que respeita a mudanças na vida social, disfunção de papéis, e sobrecarga financeira, além de ser também um momento gerador de stress (Rocha *et al.*, 2016). Pois o cuidador, de forma inesperada, vê-se confinado a cuidar do seu familiar dependente, sem ter formação ou apoio na sua nova função (Graça *et al.*, 2018). E, com frequência, a pessoa que passou a estar dependente era fonte de rendimentos ou o suporte da família. O cuidador informal vê-se assim desamparado e com poucos recursos, necessitando de ajuda para ultrapassar as suas dificuldades e ajudar o familiar dependente. O processo de se tornar cuidador gera assim, necessidades de aquisição de conhecimentos, de competências e, de espaço e tempo para os adquirir (Almeida & Sánchez, 2014).

Conforme Shyu (2000), a adaptação do familiar cuidador ao exercício do papel passa por 3 fases, no processo de transição do hospital para o domicílio, correspondendo estas a diferentes necessidades, que conduzem a um “padrão estável de cuidar”: 1) Fase de Compromisso – Ainda no hospital o familiar e a pessoa dependente iniciam a consciencialização sobre o papel de cada um. Sendo que o cuidador sente necessidade de informação sobre a condição de saúde da pessoa dependente, identificação de sintomas e assistência nos cuidados pessoais (autocuidado, situações de

emergência); 2) Fase de Negociação do novo papel, ocorre após a alta hospitalar e, o cuidador sente necessidade de suporte emocional e apoio contínuo para desenvolver as competências necessárias no exercício do seu novo papel; e a 3) Fase de resolução, é aquela em que o cuidador se começa a adaptar e a estabilizar no seu novo papel. Apesar de já se sentir confortável e confiante no seu novo papel, mantém a necessidade de suporte emocional e de apoio por parte de outras pessoas, nomeadamente familiares. Nesta fase, o cuidador e a pessoa cuidada conseguem um padrão de interação estável.

Esta descrição vai de encontro ao que nos diz Meleis (2011), pois na transição para o papel de cuidador, este vivencia múltiplas interações no desempenho da sua função (quer com a pessoa cuidada ou com o profissional de saúde) e, essa transição é condicionada por diferentes níveis sociais, nomeadamente: relações pessoais (com a família, amigos e colegas de trabalho), nível institucional (instituições de saúde e local de trabalho), e estratificação social (nível socioeconómico, género, etnia, idade, normas, estrutura familiar, papel no trabalho e recursos) (Petronilho, 2016).

“Existem ainda fatores que podem funcionar como facilitadores ou inibidores de uma transição eficaz, nomeadamente os conhecimentos e capacidades, o significado pessoal, as crenças e atitudes, a condição socioeconómica e os recursos comunitários e sociais disponíveis. Pelo que, as respostas dos cuidadores a todo este processo, o seu envolvimento, a confiança e as estratégias de *coping* são indicadores de processo, que se esperam adequados para que os indicadores de resultado (mestria a integração do novo papel), sejam os mais eficientes e saudáveis possível” (Melo *et al.*, 2014: 145).

Para que se possa adaptar à sua nova função, o familiar necessita de apoio relativamente às suas necessidades, demonstrando-se essencial o papel do enfermeiro (Aadal *et al.*, 2018). Pois os enfermeiros “são profissionais de saúde que, devido à sua atividade e proximidade com as pessoas, lidam frequentemente com diversos processos de transição em contextos distintos (...)” (Melo *et al.*, 2014: 145).

Assim, a família e outros elementos cuidadores podem ser parceiros essenciais nos cuidados de reabilitação, uma vez que têm um papel crucial na prestação de cuidados a pessoas idosas ou dependentes no domicílio, nomeadamente no que respeita às várias funções de autocuidado. No entanto, devem também ser encarados pelo enfermeiro como alvo dos seus cuidados (Aadal *et al.*, 2018), pois cuidar de pessoas dependentes é um processo complexo, que acarreta mudanças constantes e, que exige dos cuidadores uma adaptação e reorganização em diferentes contextos (Martins & Mesquita, 2016). O EEER, estabelecendo uma relação de confiança com os cuidadores, fazendo ensinamentos e aconselhando relativamente às suas necessidades, pode ser um importante apoio (Cavalcante, Nemer, Moreira, & Ferreira, 2018).

Ao intervir na comunidade o EEER deve fazer uma abordagem pluridisciplinar centrada na família e no ciclo de vida, tendo também em conta o contexto social e de saúde onde a pessoa se insere. Assim, o papel do EEER passa não apenas pela prevenção e tratamento da doença, mas também pela promoção dos processos de readaptação da pessoa, de modo a manter as suas capacidades funcionais,

e otimizar a sua qualidade de vida, bem como da sua família e comunidade (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2010). A sua intervenção deve ser precoce e com o intuito de prevenir incapacidades e/ou maximizar capacidades, de modo a promover a independência funcional da pessoa. Pois o EEER tem um papel preponderante no acompanhamento da pessoa em processo de reabilitação e respetiva família, bem como na adaptação do meio/pessoa, no apoio ao ajuste psicológico, na procura e adaptação e mecanismos de *coping*, para só posteriormente investir no *empowerment* (Menoita, 2012).

De salientar ainda a resiliência enquanto fator protetor do familiar cuidador, uma vez que esta designa a capacidade da pessoa, face à adversidade (Manzini, Brigola, Pavarini, & Vale, 2016), de desenvolver mecanismos positivos de adaptação, ou estratégias de *coping*⁸. Apresentam-se como contributos para a resiliência: fatores individuais (capacidade cognitiva, sentimentos de empatia, humor e competências sociais), fatores familiares (coesão e atenção dada ao principal prestador de cuidados) e fatores de suporte (rede de apoio familiar, serviço social e saúde) (Menoita, 2012; Manzini *et al.*, 2016). Assim, um familiar cuidador que desenvolva mecanismos positivos de adaptação face ao evento crítico de transição para o papel inesperado de cuidador, desenvolverá competências na prestação de cuidados de forma eficaz, contribuindo para a qualidade de vida pessoa dependente e para um menor risco de institucionalização e de morbimortalidade (Manzini *et al.*, 2016). Enquanto que, se o familiar cuidador encarar a situação como um evento de stress, apresentando dificuldade na adaptação, provavelmente vai responder à mesma de forma inadequada. Se os recursos disponíveis forem adequados, nomeadamente a disponibilidade de apoio por parte do enfermeiro, a adaptação ao papel de cuidador poderá ocorrer de forma efetiva (Peixoto & Machado, 2016a). Além do que, o enfermeiro de reabilitação ao fomentar a resiliência nas pessoas com incapacidade, tendo presente que esta é uma jornada pessoal e familiar, tem contribuído para priorizar o potencial da pessoa, não se focando apenas na incapacidade ou doença (Menoita, 2012).

Enquanto parceiros do EEER, os cuidadores informais/familiares são de extrema importância, uma vez que asseguram a continuidade dos cuidados à pessoa dependente no domicílio. Os enfermeiros, devem por isso, ter em atenção intervenções que visem a manutenção eficaz desta parceria, ensinando-os a cuidar (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017). Assim, as intervenções relativamente ao cuidador devem ter como ferramenta essencial o ensino, nomeadamente no que respeita aos autocuidados e necessidades da pessoa com dependência (Martins, Martins, & Martins, 2017), bem como em relação ao aconselhamento psicológico focando os mecanismos de proteção da

⁸ Resposta dada no momento ou solução para uma determinada situação, sendo esta consciente e intencional, após identificado e analisado o fator de stress (Manzini *et al.*, 2016)

sobrecarga do cuidador. Procurando também dar resposta às necessidades do cuidador informal e pessoa cuidada, o estatuto do cuidador informal diz-nos que este tem direito a:

“(…) ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; (...) aceder a informação que, em articulação com serviços de saúde, esclareçam (...) sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito; (...) usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, mesmo após a morte da pessoa cuidada; beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional (...)” (Decreto-lei n.º 100/2019: 10)

A intervenção do EEER na comunidade é recente e coincide com a reforma do SNS nos cuidados de saúde primários, bem como com a criação da RNCCI e das ECCI (Alves, 2014). No entanto, desde há muito que existe uma preocupação por parte dos enfermeiros com a continuidade dos cuidados no domicílio, procurando promover a readaptação funcional da pessoa dependente, bem como a sua capacitação e do cuidador para o autocuidado. Nos cuidados de saúde primários o EEER “(...) utiliza técnicas específicas e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados, e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhe assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/219: 13565).

Quanto ao papel do cuidador informal, assume diversas formas e é desempenhado em função das necessidades da pessoa dependente, podendo dividir-se em três áreas: - apoio em termos de informação e orientação (disponibilizar conhecimentos à pessoa de modo a facilitar o seu desempenho no autocuidado, ajudar na resolução de problemas e fornecer estratégias a adotar para “lidar com”); - apoio emocional (relacionar-se com a pessoa e permitir a partilha de emoções e dos seus pontos de vista, contribuindo para a autoestima da pessoa dependente); - apoio instrumental (prestação de cuidados em situações em que a pessoa não o consegue fazer por si só. É todo o tipo de cuidados prestados de forma altruísta a uma pessoa dependente). Na prestação de cuidados destacam-se as AVD's, podendo o cuidar assumir diferentes ações (preocupação, supervisão, orientação, ajuda parcial ou substituição), que na maior parte das vezes são necessárias em simultâneo (Sequeira, 2018). Os cuidados a serem prestados podem agrupar-se em quatro domínios: “- Atividades Básicas de Vida Diária; - Atividades Instrumentais de Vida Diária; - Necessidades de Suporte emocional (fazer companhia, conversar, partilhar, manter laços afetivos, dar carinho, etc.); e lidar com as pressões psicológicas associadas ao cuidar” (Sequeira, 2018: 189).

Assim, o EEER deve incluir não só a pessoa cuidada, mas também o cuidador no seu plano de intervenção, para que este possa ser parte ativa na prestação de cuidados e no delinear de ações adequadas às necessidades da pessoa dependente (Cavalcante *et al.*, 2018). Além do que, tal permite conhecer melhor as necessidades de ambos e contribui para que o cuidador se sinta útil e apoiado na sua função (Graça *et al.*, 2018). As intervenções do EEER relativamente ao cuidador devem, portanto,

ser baseadas na informação, capacitação e, treino de competências e habilidades, que lhe permitam melhorar o seu desempenho (Araújo *et al.*, 2016). Não devendo esquecer também, as suas necessidades e dificuldades, que possam surgir durante o cuidado à pessoa dependente. Pois nem sempre esta é uma tarefa fácil e, além de ser na maior parte das vezes uma nova experiência, os cuidados exigem uma grande dedicação, esforço físico e suporte emocional (Sequeira, 2018). Como tal, o EEER deve atuar também de modo prevenir situações geradoras de stress e de sobrecarga, uma vez que o cuidar pode ter repercussões, nomeadamente na vida pessoal, familiar e laboral do cuidador (Rocha *et al.*, 2016). Por isso, deve ter em conta não apenas a chamada sobrecarga objetiva (ou seja, as repercussões que resultam da prática de cuidados), mas também a sobrecarga subjetiva (que resulta da perceção do cuidador sobre o seu papel), que muitas vezes não é perceptível, mas que se reveste de sentimentos de sofrimento, de incapacidade, frustração, ansiedade, fadiga, stress, entre outros. Deste modo, o enfermeiro deve utilizar instrumentos validados que lhe permitam fazer uma avaliação do cuidador em todas as suas vertentes (Sequeira, 2018).

Procurando dar resposta às necessidades do cuidador, nos últimos anos foram desenvolvidos programas de intervenção com o objetivo de o ajudar a encontrar estratégias que lhe permitam ter uma maior qualidade de vida, facilitar a transição para o papel de cuidador, e otimizar o processo de continuidade de cuidados (Araújo *et al.*, 2016). Os programas de intervenção visam prevenir e/ou reduzir a sobrecarga percecionada pelos cuidadores, proporcionando um maior controlo dos impactos negativos com que se deparam ao cuidar do seu familiar. Para tal, este tipo de programas deve incluir intervenções que trabalhem a aceitação e compreensão da doença, a adequação de estratégias para lidar com a situação, a possibilidade de exprimir sentimentos e, ainda o incremento de habilidades e de esclarecimentos sobre os recursos disponíveis (Peixoto & Machado, 2016b).

De acordo com a literatura atual, os cuidadores mais estudados em programas de intervenção são sobretudo os que cuidam de pessoas com AVC, doenças oncológicas, ou doenças mentais. No entanto, têm vindo a ser desenvolvidos diversos programas de apoio aos cuidadores, que assentam em estratégias de vários tipos: apoio formal (proporciona aos cuidadores tempo livre/repouso do cuidador), programas educativos (orientações dos profissionais), grupos de ajuda mútua (partilha de experiências e/ou recomendações, sob supervisão de um profissional), intervenções psicoterapêuticas e *counseling* (programa de intervenção orientado por um profissional, e que inclui treino de competências ou estratégias dirigidas) e programas multimodais e/ou de combinação (proporciona mais que um tipo de formação e/ou treino de habilidades) (Peixoto & Machado, 2016b).

Araújo *et al.* (2016) desenvolveram um estudo baseado na implementação do programa InCARE com o objetivo de: avaliar as competências práticas dos cuidadores de pessoas idosas que sofreram AVC; e de avaliar um programa de intervenção com o objetivo de diminuir sobrecarga destes

cuidadores no 1.º e 3.º mês após a intervenção. Para tal, recorreram à escala ECPICID-AVC (Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes por AVC) para avaliação das competências do cuidador; e ao Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI). Neste estudo, concluíram que os resultados da implementação do programa InCARE, baseado em intervenções psicoeducativas que incluem informação e treino, reforçam a importância de uma intervenção estruturada e precoce, que promova a capacitação dos cuidadores e diminuição da sua sobrecarga.

Um outro estudo desenvolvido por Sousa *et al.* (2016) sobre familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio, com o objetivo de identificar as características definidoras de um programa de capacitação para cuidadores, recorreu ao método *Focus Group*. Neste, foram formados grupos de enfermeiros peritos na área de intervenção dirigida a familiares cuidadores de pessoas com demência com o objetivo de se reunirem e de discutirem as características de programas de capacitação, nomeadamente critérios de seleção para os familiares cuidadores; tipologia do programa; temas; metodologias; momentos de avaliação e instrumentos de avaliação. Identificaram como principais características que devem fazer parte de um programa de capacitação:

“ter uma tipologia de intervenção individual, mas incluir algumas sessões de grupo para partilha de experiências e emoções com outros cuidadores; ter uma duração de 6/8 semanas, com uma sessão de 60 minutos uma vez por semana; abordar os temas da doença e as necessidades da pessoa com demência, bem como as necessidades do cuidador; utilizar metodologias de exposição, discussão dos temas, exercícios práticos, treino de capacidades e técnicas de resolução de problemas; e a avaliação deve ser feita no início e no final do programa e num *follow up* de 3 a 6 meses, através de escalas de sobrecarga e satisfação” (Sousa *et al.*, 2016: 37-38), entre outras, corroborando o estudo mencionado anteriormente.

Em Portugal têm sido desenvolvidos alguns programas de apoio ao cuidador informal, quer pelos serviços sociais e comunitários quer pelos serviços de saúde. No entanto, estes programas, embora com diferentes tipos de resposta adequados às necessidades dos cuidadores, descaram ainda a avaliação das competências e habilidades do cuidador, bem como a avaliação do impacto que a função do cuidar representa para si nas mais variadas vertentes. Pois tal como referem Araújo *et al.* (2016), só assim é possível implementar um programa de intervenção estruturado, monitorizando os efeitos do ato do cuidar e adequando as intervenções às necessidades específicas do cuidador.

“Cuidar de Quem Cuida” (CQC) é um projeto considerado como iniciativa de empreendedorismo social inovadora que tem como objetivo promover a capacitação de técnicos de instituições locais para a intervenção, em rede, junto dos cuidadores informais. Este projeto teve início numa 1.ª fase em 2009, na região Entre Douro e Vouga, direcionando-se a cuidadores informais de pessoas com demência e pós-AVC, e tem vindo a alargar-se a outras zonas da região norte. Ao replicar-se por várias áreas e permitir que os municípios se tornem autónomos na intervenção, este projeto tornou-se

sustentável e já permitiu que até 2018, tivessem sido acompanhados 700 cuidadores informais (Cuidar de Quem Cuida [CQC], 2020).

Atualmente, o projeto é promovido pelo CASTIIS (Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sanguêdo), tendo como investigadores sociais a Fundação Calouste Gulbenkian e o Grupo José Mello Saúde e como parcerias a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a MAZE e o CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde). O modelo de replicação utilizado desenvolve-se num formato cascata e parte da mobilização de recursos (humanos, físicos e/ou materiais), já existentes na comunidade (CQC, 2020).

O CQC apresenta respostas de intervenção em grupo e de intervenção individual, dependendo das necessidades identificadas e dos recursos disponíveis. Assim, estas respostas incluem: Programas Psicoeducativos dirigidos a cuidadores informais de pessoas com demência e dirigidos a cuidadores informais não especificados, que incluem apoio emocional, formação sobre autocuidados e rede de apoio social (diminuição do isolamento); Grupos de Ajuda Mútua, que objetivam o apoio psicossocial dos participantes; e o Gabinete de Apoio Cuidador, que presta apoio presencial individualizado através da Consulta de Psicologia, Atendimento Social, Atendimento Jurídico, Promoção da Qualidade de Vida, e outro apoio identificado de acordo com as necessidades do cuidador (CQC, 2020).

A Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior criou em 2013 o Gabinete *alzheimer.m@ior*, celebrando um protocolo com a Associação Alzheimer Portugal. Este projeto tem por objetivo apoiar a comunidade e os cuidadores das pessoas com demência, nomeadamente de pessoas com alzheimer, nos concelhos de Campo Maior, Elvas e Arronches e, garante apoio presencial, através de telefone ou por email (Alzheimer Portugal, 2020). Além desta parceria, a Associação Alzheimer Portugal tem parcerias com outras instituições e tem vindo a desenvolver vários projetos. De entre eles, a “Linha de Apoio na Demência”, o projeto “Cuidar Melhor” e o “Café Memória”.

O “Café Memória” consiste no encontro de pessoas com problemas de memória ou demência, bem como dos respetivos familiares ou cuidadores, com o objetivo de partilhar experiências e de fornecer suporte mútuo, com o acompanhamento de profissionais de saúde ou de ação social. Esta iniciativa decorre em várias localidades do país num espaço destinado para o efeito, iniciando-se com o acolhimento individual de cada participante e prosseguindo com a apresentação de um tema por um orador ou com a realização de atividades. Em cada sessão ocorre sempre uma pausa para café com o objetivo de promover o convívio entre todos os participantes. O Café Memória contribui, desta forma, para a melhoria da qualidade de vida e para a redução do isolamento social, promovendo a interação entre os participantes, através de atividades lúdicas e estimulantes, num ambiente reservado e seguro, em que é prestado apoio emocional e informação útil (Alzheimer Portugal, 2020).

O Projeto Help2Care, desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, e baseado numa necessidade regional identificada, tem como principais objetivos desenvolver um modelo de capacitação dos cuidadores e da pessoa dependente para o autocuidado, e capacitar os profissionais de saúde para a sua utilização. Este modelo inclui um manual de apoio ao cuidador (papel, áudio e formato digital), plataformas digitais (website e app) e um manual (guião) com o modelo de capacitação dos cuidadores/pessoa dependente para ser utilizado pelos profissionais de saúde. O Help2Care permite desenvolver trabalho em rede e resulta de investigação baseada na prática através de uma parceria entre estudantes, docentes e *stakeholders*, recorrendo às sinergias disponíveis. No website do Help2Care são, por exemplo, disponibilizados manuais e vídeos educativos sobre alguns autocuidados e outras necessidades que a pessoa dependente possa apresentar, nomeadamente a alimentação por sonda, o vestir e despir, os posicionamentos, produtos de apoio, entre outros (Help2Care, 2020).

O município de Cascais desenvolveu também um Programa de Apoio ao Cuidador, designado de “Cascais Cuida”. Em parceria com as entidades locais, a autarquia apresenta como medidas de apoio o descanso do cuidador, formação e um programa de apoio psicoterapêutico. Os objetivos deste programa são: capacitar o cuidador na prestação de cuidados, reduzir a sobrecarga do cuidador na sua tarefa de cuidar, e integrar o cuidador numa rede de apoio (Cascais, 2020).

De acordo com Peixoto & Machado (2016b) os programas considerados como orientações da melhor prática, no sentido de ajudar as pessoas a lidar com a situação, são os psicoeducacionais e os multicomponentes, tal como os programas anteriormente mencionados. Devendo estes incluir treino de habilidades, grupos de apoio, educação e orientação no planeamento dos cuidados. A maioria dos peritos defende também a importância de uma abordagem “mista”, defendendo que devem ser realizadas sessões de intervenção de caráter individual e, também sessões em grupo, reforçando a importância da partilha de experiências e emoções com o objetivo de proporcionar apoio e suporte emocional (Sousa *et al.*, 2016). Os autores referenciados anteriormente e Vloothuis *et al.* (2015) apontam ainda as intervenções com recurso a tecnologia como uma mais-valia e a sua utilização tem vindo a aumentar, apresentando como vantagens o fato de se poder manter o contacto entre os vários elementos do programa mesmo à distância. No entanto, o fato de os cuidadores serem muitas vezes pessoas de idade avançada, com baixa escolaridade e sem acesso a este tipo de meios, dificulta a sua utilização. Além disso, na literatura portuguesa existe ainda pouca expressão de trabalhos científicos realizados nesta área por enfermeiros, abordando o uso de tecnologias na capacitação de pessoas dependentes e dos seus familiares cuidadores (Lumini & Freire, 2016).

Dada a complexidade do processo de cuidar, importa desenvolver intervenções adequadas às necessidades da pessoa dependente e respetivo cuidador de modo a proporcionar melhores cuidados e bem-estar aos envolvidos (Booth *et al.*, 2019), indo de encontro ao referido pelos autores

mencionados anteriormente. Como tal, é necessário avaliar⁹, pois só assim será possível o enfermeiro conhecer as potencialidades, habilidades e competências do cuidador, bem como as suas vulnerabilidades, necessidades e pontos críticos, que deverão ser tidos em conta no plano de acompanhamento da pessoa dependente (Araújo & Martins, 2016).

O processo de avaliação pode ser auxiliado por medidas e instrumentos aferidos, com boas propriedades psicométricas, e reunindo critérios de fidelidade e validade (Araújo & Martins, 2016). No entanto, dado que cada situação apresenta diferentes necessidades não é possível definir medidas universais, devendo estas adaptar-se a cada caso e basear-se na melhor evidência científica (Brunani *et al.*, 2015). Além da relevância que a avaliação do cuidador tem para a prática dos cuidados e para a investigação, proporcionando maior qualidade e segurança, importa referir que é também um aspeto fulcral para as políticas de saúde. Pois só através do desenvolvimento de políticas de saúde adequadas é possível proteger os cidadãos e organizar serviços públicos, de modo a rentabilizar os meios e os recursos (Araújo & Martins, 2016). E, de acordo com Sousa *et al.* (2016) uma intervenção e apoio adequados junto do cuidador irá facilitar a sua adaptação ao seu novo papel de cuidar do seu familiar dependente retardando o processo de institucionalização e diminuindo o risco de agudizações com menor recurso aos cuidados de saúde, o que se irá refletir também em menores custos para os serviços sociais e de saúde.

O cuidador desempenha assim um papel fulcral no cuidar em contexto domiciliário, pelo que a sua capacitação deve ser um objetivo da intervenção do EEER, de modo a validar o seu conhecimento e competências e a diminuir o desgaste resultante do seu papel. Para tal, é necessário que o EEER intervenha na formação e treino de competências no que respeita às “AVD’s, resolução de problemas, tomada de decisão, atividades que requerem competências comunicativas e organizacionais, entre outros cuidados antecipatórios e de vigilância” (Sousa *et al.*, 2016: 34). O Cuidador informal não substitui o EEER, no entanto a sua parceria com o mesmo no cuidado ao seu familiar dependente são fundamentais para a preservação da qualidade de vida de ambos.

2.1.3 – Proposta de Capacitação para a Pessoa com Alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação - Revisão Sistemática da Literatura

De acordo com dados do INE, em Portugal nos últimos 40 anos a população com 65 ou mais anos de idade duplicou e, poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080, representando cerca de um terço da população. Assim, o índice de envelhecimento passará de 147

⁹ Avaliar é uma ação de determinar com as características específicas: Processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos (International Council of Nurses [ICNP], 2019). Pode também definir-se como uma ação de atribuição de juízos a problemas reais ou potenciais (Araújo & Martins, 2016)

para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017). Esta é uma situação que é transversal a outros países desenvolvidos, sendo que atualmente a Europa é o continente que tem maior percentagem de pessoas com mais de 60 anos, correspondendo a cerca de 25% da sua população (OMS, 2015).

O envelhecimento global da população tem-se refletido num aumento do número pessoas idosas que vivem com problemas de saúde crónicos, aos quais se associam o declínio da sua funcionalidade, uma maior fragilidade e dependência (Slatyer *et al.*, 2019). Pois as doenças crónicas podem ter consequências no desempenho físico e no desempenho dos papéis sociais da pessoa idosa, levando a um declínio funcional e a um maior risco de institucionalização e de hospitalização por agudizações (OMS, 2015). Assim, quer pelo processo de envelhecimento quer devido a agudizações por doença crónica, muitas vezes a pessoa fica sujeita a uma perda de autonomia e uma maior dependência no autocuidado, havendo necessidade de que os cuidados no domicílio sejam prestados por familiares ou outros cuidadores. A dependência surge assim como uma condição na qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de capacidade física, psíquica ou intelectual, durante “um período mais ou menos prolongado, necessitam de ajuda de outra pessoa ou de equipamento, para realizar certas atividades de autocuidado” (Ribeiro *et al.*, 2014: 26).

A pessoa e o cuidador ao passarem por uma situação de doença, e pelas implicações que a mesma acarreta, passam por um processo de transição que gera alterações na dinâmica familiar, nomeadamente no que respeita a mudanças na vida social, disfunção de papéis, e sobrecarga financeira (Rocha *et al.*, 2016). Esta situação repercute-se ainda muitas vezes numa sobrecarga do familiar/cuidador informal, que de um momento para o outro se vê confinado a cuidar do seu familiar dependente, sem ter formação ou apoio na sua nova função (Graça *et al.*, 2018).

O EEER aquando da sua intervenção depara-se, portanto, não só com as necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados, mas também com as necessidades que o cuidador/familiar apresenta. Assim, a família e outros elementos cuidadores devem também ser incluídos no plano de intervenção do EEER, fazendo ensinamentos e aconselhando relativamente às suas necessidades (Cavalcante *et al.*, 2018). Pois só assim será possível que sejam parceiros do EEER na prestação de cuidados ao familiar dependente, garantindo a continuidade dos cuidados e a sua permanência no domicílio. Posto isto, surgiu a necessidade de realizar uma RSL sobre o estado do conhecimento atual no que respeita a intervenções de enfermagem de reabilitação que possam capacitar não só a pessoa idosa com alterações no autocuidado, mas também o cuidador, sendo-lhe assim possível desenvolver estratégias de *coping* que sejam facilitadoras na gestão dos seus cuidados (Aadal *et al.*, 2018; Cavalcante *et al.*, 2018).

O Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013), que tem como componentes essenciais a Teoria do Autocuidado de Orem; e o continuum de funcionalidade proposto pela Classificação Internacional da

Funcionalidade (CIF), e que é composto pela descrição do nível funcional, através da qual é possível determinar o défice de autocuidado, e a necessidade de cuidados de enfermagem, é um modelo que permite a sistematização dos cuidados. Através dele é possível desenvolver um plano de intervenção, baseado não só nas necessidades de autocuidado, mas também nas capacidades funcional e de conhecimento do doente e, nas condições e contexto do mesmo, incluindo o cuidador. Para tal, podem ser implementadas além de intervenções parcialmente e totalmente compensatórias, um sistema de apoio educativo baseado na relação terapêutica enfermeiro-doente/cuidador, de modo a obter resultados sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação contribuindo para a sua qualidade.

Segundo Doran & Pringle (2011) consideram-se resultados sensíveis dos cuidados de enfermagem todos aqueles que são significativos, baseados no domínio e intervenção de enfermagem, e para os quais existe evidência empírica que relacione as intervenções de enfermagem aos resultados. Assim, os autores identificaram alguns dos seguintes resultados sensíveis dos cuidados de enfermagem: o estado funcional, o autocuidado, a gestão de sintomas, a segurança do doente, a satisfação do doente, as alterações psicológicas, e a utilização de cuidados de saúde.

Donabedian (1980) na sua teoria defendeu que, para que a qualidade dos cuidados possa ser mensurada, devem ser elaborados indicadores que a possam avaliar quantitativamente. Para tal, é necessário considerar 3 dimensões: estrutura, processo e resultados. De acordo com a teoria desenvolvida por este autor é possível fazer uma avaliação sistematizada do cuidado através da utilização de indicadores, que permitem representar quantitativa e qualitativamente os resultados e, assim, avaliar a qualidade. Os indicadores além de possibilitarem a avaliação da qualidade, permitem a avaliação dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria (OE, 2015b).

Assim sendo, dada a morbimortalidade e maior dependência no autocuidado a que as pessoas estão sujeitas devido a alterações decorrentes do processo de envelhecimento, dada a importância que o cuidador pode ter na prossecução da prestação de cuidados à pessoa com alterações do autocuidado, e a necessidade de envolver o cuidador no processo de reabilitação e de o capacitar para promover o seu *empowerment* e a continuidade dos cuidados, determina-se como questão de partida para a realização desta RSL: *“Quais as Intervenções de Enfermagem de Reabilitação que podem contribuir para a Capacitação da Pessoa com alterações do autocuidado e para a capacitação do seu cuidador?”* Sendo, portanto, o objetivo deste estudo identificar as intervenções do enfermeiro de reabilitação que podem contribuir para a capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e para a capacitação do seu cuidador.

Metodologia

Neste estudo optou-se por utilizar como metodologia a revisão sistemática da literatura (RSL), que segundo o *Cochrane Handbook*¹⁰

“tenta recolher todas as evidências empíricas que atendem aos critérios de elegibilidade pré-especificados, de modo a responder a uma questão de investigação específica. Utiliza métodos sistemáticos e explícitos, selecionados com o objetivo de minimizar o viés, proporcionando assim resultados fidedignos a partir dos quais é possível retirar conclusões e tomar decisões.” (Higgins *et al.*, 2019).

Procurando garantir a consistência, transparência e integridade desta RSL foram seguidas as recomendações PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises) (Galvão, Pansani & Harrad, 2015).

Após ter sido definida a temática a abordar, a formulação do problema foi contruída através de uma questão de partida com base na metodologia PICO (Population, Intervention, Context, Outcomes). E, foram ainda tidos em conta os critérios FINER (Feasibility, Interesting, Novel, Ethical, Relevant), de modo a desenvolver uma boa questão de investigação. Ou seja, ser viável, interessante, original, respeitar os princípios éticos e ser relevante para a prática de enfermagem (Sousa *et al.*, 2018). Assim, colocou-se a seguinte questão de partida: “*Quais as Intervenções de Enfermagem (Intervention) de Reabilitação (Context) que podem contribuir para a Capacitação (Outcomes) da Pessoa com alterações do autocuidado (Population) e para a capacitação (Outcomes) do seu cuidador (Population)?*”.

Para este estudo foram realizadas duas pesquisas em língua inglesa na plataforma EBSCO, durante o mês de setembro de 2019, tendo sido selecionadas as bases de dados Cinahl Complete e Medline Complete. Na primeira pesquisa foram utilizados os descritores: “Nursing”, “Nursing Care”, “Nursing Intervention”, “Health selfcare”, “Selfcare”, “Patient Education”, “Rehabilitation”, “Nursing Rehabilitation”, “Blood pressure”, “Stroke”, “Neurology”, “Cerebrovascular disorders”, e “Cardiovascular diseases”. E, numa segunda pesquisa, aos anteriores foi acrescentado o descritor “Caregivers”. Foram ainda utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”, na combinação das várias pesquisas. E todos os descritores foram extraídos do vocabulário “Medical Subjects Heading” (MeSH) (National Institutes of Health [NIH], 2019).

Quanto aos critérios de inclusão foram: artigos analisados por especialistas, com texto integral e com data de publicação entre janeiro de 2014 e setembro de 2019. Excluíram-se artigos duplicados, que não estavam em língua inglesa ou portuguesa, que não respondiam à questão de partida e, que

¹⁰ “attempts to collate all empirical evidence that fits pre-specified eligibility criteria in order to answer a specific research question. It uses explicit, systematic methods that are selected with a view to minimizing bias, thus providing more reliable findings from which conclusions can be drawn and decisions made” (Higgins *et al.*, 2019)

não continham a população alvo identificada – ou seja, estudos com enfermeiros, com pessoas com alterações do autocuidado, e que incluíssem também o cuidador informal.

A classificação dos níveis de evidência dos estudos selecionados foi feita de acordo com Melnyk & Fineout-Overholt (2015), de modo a garantir a sua fiabilidade e elegibilidade, bem como a qualidade dos resultados e conclusões.

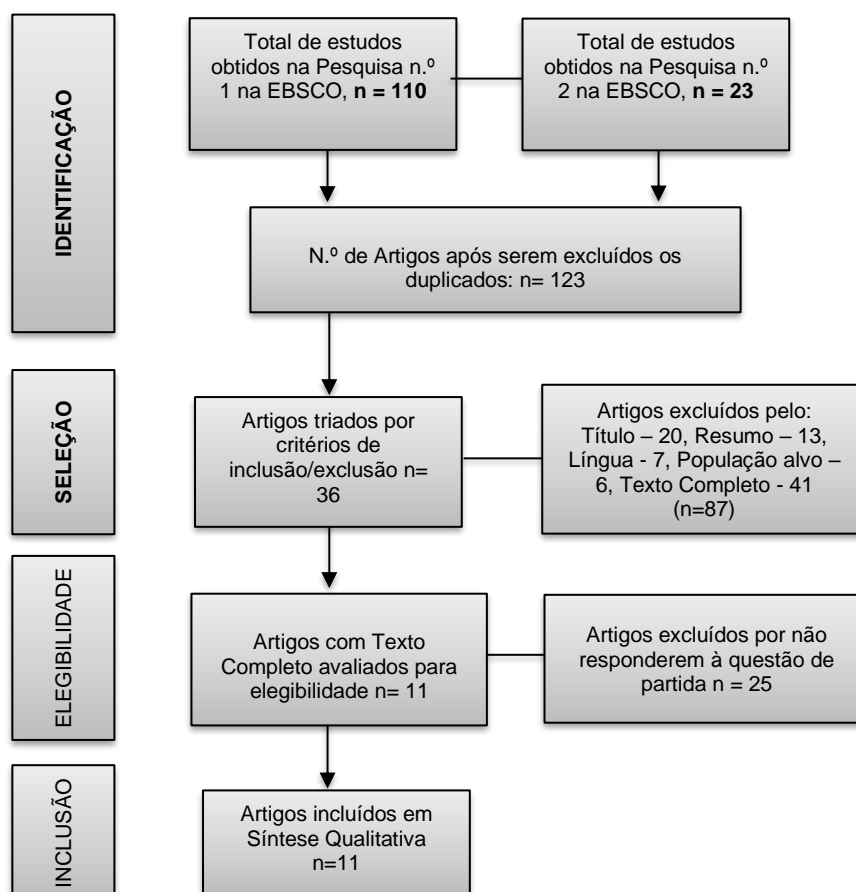


Figura 1 - Diagrama de fluxo que descreve o processo seguido na realização da RSL, segundo as recomendações PRISMA (adaptado de Galvão *et al.*, 2015)

Apresentação dos Resultados

Seguindo o fluxograma PRISMA, foi-nos possível selecionar 11 dos 133 estudos inicialmente identificados. Entre eles temos: 1 revisão integrativa da literatura, 2 RSL, 2 estudo com grupo de controlo, 1 estudo de controlo, 3 estudos de controlo randomizado, 1 estudo de coorte e 1 estudo de coorte retrospectivo. Após seleção dos estudos para inclusão na RSL, foi feita uma análise aprofundada dos mesmos, que permitiu extrair resultados que respondem à questão de partida. Na tabela que se segue, foi feita uma sistematização dos dados dos estudos, de modo a facilitar a sua análise e interpretação.

Descrição do Estudo / Nível de Evidência	Objetivos	Resultados
<p>“Caregiver-mediated exercises with e-health support for early supported discharge after stroke (CARE4STROKE): study protocol for a randomized controlled trial” (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>Metodologia: Estudo com Grupo de Controlo</p> <p>Nível de evidência: IV</p> <p>Participantes: 66 doentes com AVC</p>	<p>Avaliar os efeitos e a relação custo-benefício, em termos de mobilidade e tempo de internamento, de um programa de exercícios após AVC, mediado pelo cuidador e em conjunto com os serviços de saúde</p>	<p>Houve um aumento da funcionalidade dos doentes e um maior número de altas precoces, com consequente redução dos custos.</p>
<p>“Nursing Interventions to the Patient with Stroke in Rehabilitation” (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura</p> <p>Nível de evidência: I</p> <p>Participantes: Não aplicável</p>	<p>Apresentar o conhecimento produzido sobre as intervenções de Enfermagem direcionadas aos doentes com acidente vascular cerebral em reabilitação</p>	<p>Identificou-se um maior número de intervenções de Enfermagem assistenciais direcionadas ao doente, nomeadamente reabilitação motora e funcional. As intervenções educacionais dirigem-se tanto doente como ao cuidador. E as intervenções gerenciais relacionam-se com a coordenação do cuidado.</p>
<p>“Nursing roles and functions addressing relatives during in-hospital rehabilitation following stroke” (Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>Metodologia: Estudo de Controlo Randomizado</p> <p>Nível de evidência: II</p> <p>Participantes: 19 Enfermeiros</p>	<p>Descrever o papel e as funções dos enfermeiros dirigidas aos cuidadores durante os cuidados de reabilitação aos doentes com AVC num hospital</p>	<p>Os enfermeiros reconheceram que dirigem o cuidado tanto aos doentes como aos cuidadores e, que apoiam a relação entre eles. Mas os familiares são afetados pela situação do doente, apresentando necessidades que ficam em segundo plano. Após análise estrutural surgiram 4 focos de intervenção: mudanças na vida do cuidador; vida compartilhada após o AVC; familiares não cooperantes; e falta de tempo para os familiares.</p>
<p>“An ICF – Based Model for Implementing and Standardizing Multidisciplinary Obesity Rehabilitation Programs within the Healthcare System” (Brunani <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>Metodologia: Estudo de Controlo</p> <p>Nível de evidência: III</p> <p>Participantes: 51 doentes obesos</p>	<p>Desenvolver um projeto individual de reabilitação baseado na CIF, para doentes obesos com comorbilidades integrados no Rehab-CYCLE para padronizar programas de reabilitação</p>	<p>O modelo proposto oferece as seguintes vantagens: (1) Padroniza procedimentos de reabilitação; (2) facilita a comunicação entre o hospital, o doente, os familiares e os cuidadores; (3) aborda questões organizacionais; (4) pode servir como referência para profissionais que intervenham na reabilitação de doentes com obesidade mórbida.</p>
<p>“Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial” (Imhof, Suter-Riederer, & Kesselring, 2015)</p> <p>Metodologia: Estudo de Controlo Randomizado</p> <p>Nível de evidência: II</p> <p>Participantes: 140 doentes com AVC, Esclerose Múltipla ou Problemas Cerebrais</p>	<p>Investigar o efeito de uma nova intervenção de enfermagem (Mobility Enhancing Nursing Intervention – MFP) desenvolvida para melhorar os resultados de reabilitação.</p>	<p>Houve um aumento da funcionalidade dos doentes e uma melhoria da sua qualidade de vida, o que indica que os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação devem fazer parte dos programas de reabilitação.</p>
<p>“Gender Analysis in the Outcomes of a Lifestyle Intervention Amon Patients Who Had an Open Heart Surgery” (Kadda <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>Metodologia: Estudo de Controlo Randomizado</p> <p>Nível de evidência: II</p> <p>Participantes: 500 doentes sujeitos a cirurgia cardíaca aberta após alta hospitalar</p>	<p>Avaliar as diferenças de género nos resultados de um estudo de intervenção no estilo de vida (dieta, cessação do tabagismo e exercício físico) em doentes sujeitos a cirurgia cardíaca aberta</p>	<p>A intervenção de enfermagem no estilo de vida de doentes após cirurgia cardíaca mostrou benefícios nos homens, que deixaram de fumar mais rápido, reduziram o risco de eventos cardiovasculares e regressaram ao trabalho. Nas mulheres não foram encontrados resultados significativos.</p>

<p>“Implementation and Feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study” (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)</p> <p>Metodologia: Estudo de Coorte Retrospectivo</p> <p>Nível de evidência: IV</p> <p>Participantes: 78 doentes e 33 enfermeiros e auxiliares de enfermagem</p>	<p>Determinar a implementação e viabilidade do Stroke Nursing Guideline (SNG) em termos de mudanças na documentação e no uso da <i>guideline</i> no cuidado aos doentes com AVC nas enfermarias de neurologia e reabilitação; e identificar barreiras e facilitadores, e a forma como os enfermeiros e auxiliares de enfermagem veem a sua implementação</p>	<p>A equipa de enfermagem considerou o SNG viável e a sua implementação foi bem-sucedida. O SNG promove os cuidados, com maior consistência e mais rigor nos exercícios funcionais do que antes. Além disso, promove também o controlo da dor, o ensino ao doente, o planeamento da alta e reduz os níveis de depressão pós AVC</p>
<p>“Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation: developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel” (Loft <i>et al.</i>, 2017)</p> <p>Metodologia: Estudo de Coorte</p> <p>Nível de evidência: IV</p> <p>Participantes: 12 enfermeiros e 10 doentes</p>	<p>Descrever o desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem que objetiva otimizar a interação na reabilitação dos doentes com AVC, fortalecendo o papel e as funções da equipa de enfermagem</p>	<p>Foi desenvolvida uma intervenção educacional de reabilitação chamada 24/7. Seguindo os modelos Medical Research Council e Behaviour Change Wheel’s consumiram-se alguns recursos, mas foi possível desenvolver uma intervenção prática e bem estruturada, baseada em teoria e evidência</p>
<p>“Systematic scoping review of frameworks used to develop rehabilitation interventions for older adults” (Booth <i>et al.</i>, 2019)</p> <p>Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Nível de evidência: I</p> <p>Participantes: Não aplicável</p>	<p>-Verificar se as estruturas de desenvolvimento estão a ser utilizadas na pesquisa sobre idosos em reabilitação; - Documentar quais os programas que estão a ser utilizados; - Explorar como estes programas são utilizados, quais os métodos e detalhes.</p>	<p>Incluídos 35 estudos com participantes com várias condições médicas (demência, cardíaca, AVC, quedas, # do fémur, Diabetes Mellitus (DM), Parkinson, Cancro da Mama, Depressão, Problemas crónicos, osteoartroses, úlcera de perna, dor na cervical, e problemas do pé). As intervenções tipo que podem ser desenvolvidas são de: de apoio, cognitivas, atividades físicas, de enfermagem, prevenção de quedas e terapia ocupacional. A estrutura Medical Research Council é mais popular para desenvolver intervenções de reabilitação para os idosos.</p>
<p>“The effects of increased therapy time on cognition and mood in frail patients with stroke who rehabilitate on rehabilitation units of nursing homes in the Netherlands: a protocol of a comparative study” (Huijben-Schoenmakers, Rademaker, Rooden, & Scherder, 2014)</p> <p>Metodologia: Estudo com grupo de Controlo</p> <p>Nível de evidência: IV</p> <p>Participantes: 138 participantes com AVC</p>	<p>Investigar se o aumento do tempo de terapia tem um efeito positivo sobre a cognição, humor (depressão e ansiedade), e sobre as atividades de vida do doente com AVC.</p>	<p>A implementação de intervenções de acordo com o Clinical Nursing Rehabilitation Stroke Guideline aumentou o tempo gasto em atividades terapêuticas, sem necessidade de terapias extra; o papel do enfermeiro pode tornar-se mais terapêutico; e o aumento do tempo de terapia apresentou efeitos positivos sobre a cognição, o humor e as atividades de vida.</p>
<p>“Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: a systematic literature review” (Klinke, Hafsteinsdóttir, Hjaltason, & Jónsdóttir, 2015)</p> <p>Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Nível de evidência: I</p> <p>Participantes: Não aplicável</p>	<p>Identificar intervenções de reabilitação que possam integrar um programa de enfermagem para doentes com <i>neglect</i> hemiespacial após AVC no hemisfério direito do cérebro</p>	<p>Entre 41 estudos originais, foram identificadas 11 intervenções: vibração contra lesional do pescoço; estimulação emocional; participação da família e intensidade do treino; treino para estimulação dos membros; treino de imagens mentais; terapia do espelho; terapia musical; oclusão ocular alternada; treino de movimentos suaves com os olhos; realidade virtual e treino baseado em computadores; treino com <i>scanning</i> visual.</p>

Tabela 1 - Apresentação dos resultados e caracterização dos estudos incluídos na RSL.

Discussão dos Resultados

Vloothuis *et al.* (2015) desenvolveram um estudo sobre o programa CARE4STROKE em que doentes e cuidadores foram acompanhados por especialistas em reabilitação, com o apoio de uma aplicação com vídeos. Estes escolhiam um conjunto de exercícios e, o cuidador era instruído e mediava os exercícios terapêuticos que o doente devia fazer. Após a alta, o objetivo era que o programa continuasse no domicílio. No final do programa houve melhoria significativa da mobilidade com ganhos a nível da força, da capacidade de marcha, do equilíbrio, da realização das AVD's, ganhos no domínio psicossocial (diminuição da ansiedade e depressão, aumento da autoeficácia, diminuição da fadiga), e melhoria da qualidade de vida.

Corroborando a ideia de que o cuidador deve ser parte integrante do processo de reabilitação Cavalcante *et al.* (2018), apontam que as intervenções que o enfermeiro lhe dirige são sobretudo educacionais. Em relação ao doente, destaca-se a reabilitação funcional e motora, bem como a importância dos ensinamentos. E, Booth *et al.* (2019) na sua RSL sobre intervenções de reabilitação em adultos idosos relataram ainda: intervenções cognitivas, atividades físicas, prevenção de quedas, terapia ocupacional, e cuidados pós AVC.

Já Aadal *et al.* (2018) verificaram que embora o cuidado seja dirigido tanto ao doente como ao cuidador e à relação entre ambos, as necessidades do cuidador são ainda deixadas em segundo plano. Tal, não deveria acontecer, pois de acordo com os autores os cuidadores são parceiros essenciais na prestação de cuidados e ao se depararem com a situação de doença do seu familiar, veem também a sua vida alterada, e muitas vezes ficam sem tempo para si próprios e sem o apoio de outras pessoas.

O estudo de Imhof *et al.* (2015), realizado na Suíça, demonstra que a intervenção especializada de enfermagem de reabilitação deve fazer efetivamente parte dos programas de reabilitação. Ao desenvolverem um programa de intervenção de enfermagem para ganhos na mobilidade, para melhorar a segurança do doente, desenvolver competências sensoriais, promover a mobilidade e funcionalidade, e reduzir o cansaço dos cuidadores, obtiveram ganhos na funcionalidade e qualidade de vida do doente. Trata-se de uma intervenção baseada no pressuposto de que a aprendizagem ocorre a partir do movimento. Assim, a estimulação tátil e cinestésica foi utilizada no processo de mobilização e na realização das AVD's, com vista a promover a reorganização cerebral através da percepção do meio envolvente. A intervenção foi feita várias vezes ao dia e, numa perspetiva de personalizar os cuidados ao doente, de negociar com base nos resultados e de incluir os familiares – reconhecendo-se mais uma vez a importância dos cuidadores.

Relativamente às *guidelines* enquanto elementos estruturadores dos cuidados, Bjartmarz *et al.* (2017) verificaram que o Stroke Nursing Guideline (SNG) é útil e promove a consistência dos cuidados

de enfermagem. Com a sua contribuição os componentes da enfermagem de reabilitação foram definidos e integrados na rotina diária do cuidado sendo considerados elementos chave, além de contribuir para a prática baseada na evidência. A SNG inclui recomendações sobre mobilidade, AVD's, quedas, depressão, dor e educação do doente e família e planeamento da alta. Os doentes passaram também a estar mais ativos durante o dia, ocupando grande parte dele em atividades, e reduzindo o tempo de permanência no leito. Quanto à família estava cerca de metade do dia com os doentes, o que se revelou motivo de encorajamento e apoio. Os ensinamentos sobre o AVC ao doente e cuidador permitiram aumentar o conhecimento, a satisfação do doente e reduzir os níveis de depressão.

Reforçando a importância das *guidelines* para a prática baseada na evidência, Huijben-Schoenmakers *et al.* (2014) desenvolveram um estudo em que comprovaram que a intervenção de enfermagem de reabilitação de acordo com o Clinical Nursing Rehabilitation Stroke Guideline e com o acréscimo de mais 50 minutos de atividade terapêutica (exercícios) por dia apresentava efeitos positivos sobre a cognição, humor e AVD's. Para averiguar os ganhos foram avaliadas as funções cognitivas globais, as funções executivas, a fluência na fala, memória verbal e não verbal, as funções cognitivas combinadas com a memória, os níveis de ansiedade e depressão, o humor e a independência funcional nas AVD's. O tipo de exercício era adaptado aos objetivos para o doente e todos tinham um mapa com a planificação dos exercícios.

Ainda no que respeita ao doente com AVC, na RSL de Klinken *et al.* (2015) o objetivo era identificar as intervenções de reabilitação que pudessem fazer parte de um programa de cuidados de enfermagem para doentes com *neglect* hemiespacial após AVC no hemisfério direito. Os autores destacam a importância de diagnosticar o *neglect*, uma vez que grande parte dos casos não são detetados. Para tal, é necessário fazer uma correta avaliação do doente pela equipa multidisciplinar, tendo em atenção: o grau de comprometimento cognitivo, orientação e habilidades motoras, comprometimento físico como paralisias e hemianopsia, e espasticidade. Atividades no computador como ouvir música, jogar, e desenvolver atividades que resultem em reforço positivo podem ser um importante estímulo. É também importante que o doente se mantenha ativo nas AVD's e que seja estimulado para as mesmas. Os autores reforçam a importância da família no cuidado e no olhar sobre o doente.

Brunani *et al.* (2015) ao desenvolverem um programa de reabilitação de acordo com a CIF para doentes com obesidade, demonstraram que estes pelas comorbilidades (DM, HTA, Doença cardíaca, alterações musculares e articulares) e limitações que apresentam, necessitam de uma intervenção holística e multidisciplinar. Pois têm limitações como nas funções do corpo (neuromusculares, função do movimento, dor e função cardiovascular), e nas atividades e participação (autocuidado, atividades do dia-a-dia, relações) e relatam poucos facilitadores ambientais (suporte). Os ganhos de reabilitação

nestes doentes são a promoção do autocuidado e as mudanças no estilo de vida a longo prazo. Este modelo permitiu padronizar os procedimentos de reabilitação a partir da CIF, facilita a comunicação entre o hospital, o doente os familiares e os cuidadores, e pode servir como referência para outros profissionais.

No estudo de Kadda *et al.* (2016), 500 doentes sujeitos a cirurgia cardíaca aberta, receberam intervenção relativa aos estilos de vida (dieta, sessão tabágica e exercício). Uma das intervenções dizia respeito ao exercício físico e era recomendado que a duração fosse aumentando gradualmente, assim como a frequência e a intensidade, para uma maior aderência e um menor risco, conforme a idade e a capacidade do doente. Também era recomendado que a atividade aeróbia fosse em adição às AVD's. Os resultados mostraram que apenas nos homens uma intervenção intensiva sobre os estilos de vida pode reduzir o risco de eventos cardiovasculares não fatais. E ajuda também na cessão tabágica e no rápido regresso ao trabalho. O fato de não terem sido encontrados resultados significativos nas mulheres pode ter a ver os maiores níveis de depressão e ansiedade que estas apresentam. Tal, vai de encontro ao que estudos portugueses referem, reforçando-se a importância da “educação para a saúde com enfoque nos estilos de vida e a monitorização da evolução dos fatores de risco e dos eventos cardiovasculares” (Rocha & Nogueira, 2015: 35).

Loft *et al.* (2017) desenvolveram uma intervenção baseada no modelo do Medical Research Council, procurando perceber os comportamentos da equipa de enfermagem e a sua influência nos seus papéis e funções na reabilitação. Foi também utilizado o Behaviour Change Wheel's e procurou-se capacitar e motivar os enfermeiros de modo a promover a sua participação no processo de reabilitação dos doentes. Após análise dos dados colhidos e realização de revisão da literatura chegou-se à conclusão de que os enfermeiros podem ter um importante papel na educação e treino de necessidades do doente, bem como na instrução de treino de exercícios. A sua intervenção deve ser baseada nas seguintes funções: educação, persuasão, modelagem, incentivo, treino, capacitação e reestruturação do meio.

O EEER deve, assim, reconhecer a importância do cuidador enquanto prestador de cuidados no domicílio e a necessidade de o envolver no plano de cuidados e de o capacitar para resolver problemas relacionados com o familiar e aprender a lidar com os mesmos, de modo a reduzir complicações e fazer uma melhor gestão do cuidado. Além do que, a capacitação do doente através do ensino é também importante para promover a sua autonomia e adaptação às limitações que este apresenta, incluindo-o no seu próprio plano de cuidados.

Procurando contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e de forma a responder à questão de partida desta RSL, nos vários estudos analisados

foram selecionadas intervenções relacionadas com as variáveis de resultado dos cuidados de enfermagem de reabilitação identificadas por Carretas (2018).

Indicadores Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação		
	PESSOA	CUIDADOR
<u>Estado Funcional</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das funções fisiológicas (avaliação neurológica e motora, dependência nas AVD's) (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Klinken <i>et al.</i>, 2015) - Avaliação da deglutição (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018) - Utilização da CIF para avaliação da funcionalidade em utentes em processo de reabilitação (Brunani <i>et al.</i>, 2015) - Avaliação do nível de dependência nas AVD's através do Índice de Barthel (Imhof <i>et al.</i>, 2015; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014; Klinken <i>et al.</i>, 2015) - Promover a funcionalidade do doente, bem como a participação social (Brunani <i>et al.</i>, 2015) - Avaliação da depressão e ansiedade (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar o cuidador e monitorizar os efeitos de sobrecarga, ansiedade, depressão, qualidade de vida etc. e, reconhecer o seu perfil e dificuldades na sua função (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015)
<u>Capacidade Física</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Reabilitação funcional motora: treino e ensino de exercícios de equilíbrio (sentado e de pé), treino de marcha; treino de subir e descer escadas; mobilizações ativas, resistidas e passivas; treino de controlo do tronco e cabeça; exercícios pélvicos e transferências (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Brunani <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz, <i>et al.</i>, 2017; Loft <i>et al.</i>, 2017; Booth <i>et al.</i>, 2019; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014; Klinken <i>et al.</i>, 2015; Imhof <i>et al.</i>, 2015) - Exercício terapêutico durante 30 minutos/dia 5x semana (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015; Huijben-Schoenmakers, Rademaker <i>et al.</i>, 2014) - Estimulação tátil, cinestésica e verbal, durante a realização de exercícios terapêuticos (Imhof <i>et al.</i>, 2015) - Atividade aeróbica ao ar livre (Brunani <i>et al.</i>, 2015; Kadda <i>et al.</i>, 2016) - Uso de ciclo ergómetro reclinado (Brunani <i>et al.</i>, 2015) - Atividades motoras e posturais em grupo (Brunani <i>et al.</i>, 2015) - Massagem terapêutica e drenagem linfática manual (Brunani <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017) - Atividade física aeróbia (exercícios cardiorrespiratórios) de moderada intensidade no máximo durante 150 minutos por semana (andar rapidamente, nadar, andar de bicicleta); e no mínimo 5 vezes por semana durante 30 minutos dia em atividade de intensidade moderada; ou num mínimo de 20 minutos de intensidade vigorosa (correr, andar de bicicleta rápido, nadar rápido) 3 vezes por semana – em doentes com patologia cardíaca (Kadda <i>et al.</i>, 2016). - Treino sobre o uso de ajudas técnicas (Brunani <i>et al.</i>, 2015) - Treino da fala (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018) - Treino da deglutição (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018) - Reeducação funcional respiratória, técnicas de relaxamento, e adaptação a ventilação mecânica não invasiva (Brunani <i>et al.</i>, 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer exercícios em conjunto com o familiar, pode aumentar também a sua capacidade funcional, tornando-o mais ativo (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015)
<u>Função Cognitiva</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulação cognitiva (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Booth <i>et al.</i>, 2019; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014; Klinken <i>et al.</i>, 2015) - Estimulação do doente com <i>neglect</i> hemiespacial (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017): vibração contra lesional do pescoço, estimulação emocional, treino para estimulação dos membros, treino de imagens mentais, terapia do espelho, terapia musical, oclusão ocular alternada, movimentos suaves com os olhos, realidade virtual e treino baseado em computadores, e treino com estimulação tátil e visual (Klinken <i>et al.</i>, 2015). - O uso de uma aplicação no telemóvel ou tablet com instruções e vídeos sobre exercícios que o doente pode realizar e escolher, e que 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulação do doente com <i>neglect</i> hemiespacial: participação da família (Klinken <i>et al.</i>, 2015). - Uso de uma aplicação no telemóvel ou tablet com instruções e vídeos sobre exercícios e com alertas como estímulo cognitivo para o cuidador (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015)

	<p>contém alertas para que este não se esqueça pode ser também um importante estímulo (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>- Interação com profissionais de saúde, outros doentes e familiares (Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014)</p>	
<u>Relação profissional-utente</u>	<p>- Falar com o cuidador e familiar ao mesmo tempo, de modo a facilitar um mútuo entendimento da situação e estabelecer uma relação com os mesmos (Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Promover o diálogo e a negociação dos cuidados, definindo expectativas realistas (Aadal <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)</p>	<p>- Disponibilizar tempo para falar com o cuidador (Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Promover o diálogo e a negociação dos cuidados com o cuidador (Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p>
<u>Controlo de Sintomas</u>	<p>- Alívio da dor (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018), por exemplo através de massagem e relaxamento (Brunani <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)</p> <p>- Otimização da terapêutica farmacológica (Brunani <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>- Diminuir os níveis de ansiedade e depressão, através do aumento da intensidade e tempo de intervenção (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014)</p>	<p>- A intervenção especializada de enfermagem de reabilitação pode contribuir para reduzir o cansaço e sobrecarga do cuidador, bem como os níveis de ansiedade e depressão (Imhof <i>et al.</i>, 2015; Vloothuis, <i>et al.</i>, 2015)</p>
<u>Segurança/Ocorrências adversas</u>	<p>- Prevenção de complicações (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Klinker <i>et al.</i>, 2015; Brunani <i>et al.</i>, 2015; Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Ensino sobre fatores de risco e prevenção de doenças cardiovasculares e AVC (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Kadda <i>et al.</i>, 2016; Brunani, <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>- Posicionamento no leito (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Prevenção de úlceras (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Prevenção de quedas (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz, <i>et al.</i>, 2017; Booth <i>et al.</i>, 2019)</p> <p>- Promoção da higiene horal, de modo a prevenir infeções, promover o conforto, melhorar a deglutição e reduzir o risco de aspiração (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018).</p>	<p>- Orientar sobre a prevenção de complicações ou ocorrências adversas (Aadal <i>et al.</i>, 2018), como quedas ou úlceras por pressão (UP's) (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Booth <i>et al.</i>, 2019)</p>
<u>Capacitação para o autocuidado</u>	<p>- Inclusão de exercícios orientados durante a realização das atividades de vida diária (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Imhof <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>- Ensino, supervisão e treino de AVD's e promoção do autocuidado (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Brunani <i>et al.</i>, 2015; Kadda <i>et al.</i>, 2016; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Loft <i>et al.</i>, 2017; Klinker <i>et al.</i>, 2015; Imhof <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>- Estimulação tátil, cinestésica e verbal, durante a realização das AVD's (Imhof <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>- Cuidado relacionado à incontinência vesical e ao cateterismo urinário (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018)</p>	<p>- Instruir sobre AVD's e fazer treino de atividades a executar no domicílio (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Loft <i>et al.</i>, 2017; Klinker <i>et al.</i>, 2015)</p>
<u>Satisfação do utente</u>	<p>- Escutar o doente, procurando reconhecer as suas dificuldades e expectativas (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Individualizar o processo de cuidados ao doente em reabilitação (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014)</p>	<p>- Escutar o cuidador, procurando reconhecer as suas dificuldades e expectativas (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Fornecer suporte psicossocial (Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p>
<u>Apoio Psicológico</u>	<p>- Cuidado emocional e ensino sobre estratégias de <i>coping</i>, disponibilizando tempo (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Loft <i>et al.</i>, 2017)</p> <p>- Dar reforço positivo e promover a motivação (Imhof <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)</p>	<p>- Apoiar o cuidador psicologicamente e fornecer-lhe estratégias para lidar com a crise (Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Incentivar o cuidador a falar sobre os seus medos e sentimentos (Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Apoiar, motivar e fornecer suporte ao cuidador na sua função (Aadal <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)</p>
<u>Utilização dos serviços de saúde</u>	<p>- Estimular o doente a participar na elaboração do seu próprio plano de cuidados (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)</p>	<p>- Uso de meios audiovisuais (aplicações e vídeos no telemóvel) para instruir o cuidador e o estimular para a</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de meios audiovisuais (aplicações e vídeos no telemóvel) para estimular o doente para a realização de exercícios (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015) - Prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar e promoção da continuidade de cuidados (Brunani <i>et al.</i>, 2015; Loft <i>et al.</i>, 2017; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014) 	aplicação dos mesmos com o familiar (Vloothuis <i>et al.</i> , 2015)
<u>Recursos Humanos</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação para a Alta, orientando para suporte social e outros; referência para a comunidade ou unidades de reabilitação (Bjartmarz, <i>et al.</i>, 2017; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018) - O uso de uma aplicação no telemóvel sobre a execução de exercícios terapêuticos mediados pelo cuidador e, que permite a comunicação com um técnico de saúde promove uma alta precoce e reduz os custos (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015) - Capacitação e formação da equipa multidisciplinar para o cuidado ao doente em reabilitação (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Brunani <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar para a alta, orientando para suporte social e outros, caso necessário (Aadal <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018)
<u>Fatores Protetores</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da autoeficácia e autogestão do cuidado (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017) através do uso de uma aplicação no telemóvel sobre a execução de exercícios terapêuticos (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015) - O enfermeiro ao ter formação, experiência, e ser versátil e pró-ativo, torna-se um elemento chave na reabilitação (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018; Imhof <i>et al.</i>, 2015) - Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (Imhof <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014) - Uso de <i>Guidelines</i> na prestação de cuidados ao doente em reabilitação (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir o cuidador num programa de reabilitação (Kadda <i>et al.</i>, 2016), como mediador de exercícios terapêuticos pode ser um fator motivacional para o doente, tornando-o mais ativo (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015) - O acompanhamento do cuidador pelo enfermeiro contribui para reduzir a sobrecarga física e psicológica, melhorando a sua qualidade de vida (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015)
<u>Literacia em saúde</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinos sobre a doença e as suas implicações e fornecimento de material de apoio, por exemplo no formato de panfletos (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Brunani <i>et al.</i>, 2015; Loft <i>et al.</i>, 2017) - Orientações sobre a nutrição e estilo de vida (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Brunani <i>et al.</i>, 2015; Kadda <i>et al.</i>, 2016; Booth <i>et al.</i>, 2019) - Ensino sobre o uso de ajudas técnicas. (Brunani <i>et al.</i>, 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre a doença e o processo de reabilitação para promover a continuidade dos cuidados (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Brunani <i>et al.</i>, 2015) - Ensino de exercícios terapêuticos ao cuidador (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)
<u>Adesão Terapêutica</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir o doente na tomada de decisão sobre o seu próprio plano de cuidados (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Loft <i>et al.</i>, 2017) - Oferecer mapa de cuidados ao doente (Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o cuidador a prestar cuidados ao familiar (Aadal <i>et al.</i>, 2018) - Envolver o cuidador no processo de cuidados (Aadal <i>et al.</i>, 2018; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)

Tabela 2 - Intervenções dirigidas à pessoa e cuidador e indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Conclusão

Um número considerável de estudos demonstra que o processo de reabilitação deve ser iniciado precocemente e, que a intensidade e repetibilidade das várias intervenções incluídas no plano de cuidados é fundamental para que se obtenham resultados positivos na funcionalidade da pessoa, bem

como um maior número de altas precoces e redução de custos (Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014; Vloothuis *et al.*, 2015; Bjartmarz *et al.*, 2017).

O envolvimento do cuidador no processo de reabilitação do doente, mencionado em grande parte dos estudos analisados, revela a sua importância não só enquanto apoio e elemento encorajador, mas também enquanto parceiro na prestação de cuidados (Vloothuis *et al.*, 2015; Aadal *et al.*, 2018; Cavalcante *et al.*, 2018; Imhof *et al.*, 2015; Bjartmarz *et al.*, 2017; Klinke *et al.*, 2015). A realização de ensinamentos ao mesmo, pelo enfermeiro de reabilitação, com vista ao seu empoderamento, pode ser um importante contributo para uma alta precoce e para promover a continuidade de cuidados no domicílio (Vloothuis *et al.*, 2015). É necessário mudar o paradigma dos cuidados focados no doente e incluir o cuidador no plano de cuidados, disponibilizando tempo para o mesmo (Bjartmarz *et al.*, 2017). Pois o seu envolvimento na reabilitação do doente e o suporte social oferecido aos mesmos podem ser essenciais para a promoção da qualidade de vida de ambos (Imhof *et al.*, 2015; Vloothuis *et al.*, 2015).

No que respeita aos cuidados de reabilitação dirigidos ao doente foi reforçada a importância de fazer uma correta avaliação da função motora e neurológica do mesmo, com vista a obter um correto diagnóstico e a desenvolver um plano de cuidados individualizado (Bjartmarz *et al.*, 2017). Para tal, é de extrema importância o seu envolvimento, promovendo negociação dos cuidados, e a determinação de metas alcançáveis (Imhof *et al.*, 2015). Os enfermeiros devem maximizar a sua contribuição para a reabilitação e, reforçar a importância desta área de especialização, ao integrar o treino de exercícios em atividades diárias simples, visando aumentar a mobilidade e promover o autocuidado; e ao aumentar a intensidade e duração do processo de reabilitação (Bjartmarz *et al.*, 2017; Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014).

A capacitação da pessoa e do cuidador devem, portanto, ser objetivos da intervenção do enfermeiro em todo o processo de reabilitação, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados e de promover a capacidade funcional da pessoa (Vloothuis *et al.*, 2015). A sistematização de intervenções por indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação e a orientação dos cuidados com base no Modelo de Autocuidado, ao promoverem a qualidade de vida da pessoa/cuidador, podem ser importantes ações para obtenção de ganhos em saúde. Pois a prática clínica baseada na evidência permite desenvolver uma base estrutural para a excelência dos cuidados e para a melhoria da qualidade do exercício profissional do EEER.

Implicações na Prática Profissional

O cuidador enquanto parceiro essencial na prestação de cuidados, deve também ser alvo da intervenção do EEER. Pois muitas vezes as suas necessidades são esquecidas e este passa a viver para

o cuidado, passando por um processo de desgaste e vulnerabilidade. Assim, o enfermeiro deve fornecer apoio e suporte ao mesmo, de forma a capacitá-lo.

O não reconhecimento de sinais e sintomas de depressão e ansiedade pode ser uma lacuna nos cuidados reabilitação, impedindo a sua continuidade.

Dado que vivemos numa era em que a tecnologia é de extrema importância, o desenvolvimento de software com programas de reabilitação pode ser um método atrativo e simples para promover a continuidade dos cuidados.

Existem ainda poucos estudos sobre as intervenções do EEER, pelo que é necessário documentar a prática clínica e os resultados obtidos na intervenção dirigida à pessoa e cuidador.

2.1.4 - Modelo de Capacitação para o Autocuidado: Proposta de Intervenção dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Os modelos de prática profissional (MPP) têm vindo a ser utilizados por várias organizações de saúde internacionais no sentido de melhorar a prática dos cuidados e de contribuir para a excelência dos resultados obtidos e para a satisfação de profissionais e doentes.

De acordo Slatyer, Coventry, Twigg, & Davis (2015), um MPP de Enfermagem corresponde a um quadro conceptual que permite aos enfermeiros prever e comunicar a sua prática; e fornece ainda as bases para a prática de cuidados seguros, de alta qualidade e centrados no doente. Assim, os MPP apresentam como vantagens o fato de permitirem aos enfermeiros integrar e articular as contribuições da teoria na prática, desenvolvendo instrumentos de orientação para a prática profissional que podem auxiliar na avaliação da eficácia dos cuidados de enfermagem e podem contribuir também para o seu desenvolvimento (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2016). Ainda de acordo com a revisão da literatura desenvolvida pelos autores anteriormente referidos, para os enfermeiros o uso de MPP's pode potenciar a autonomia, a responsabilidade, o controlo da prática, as relações positivas entre profissionais bem como o trabalho em equipa, a melhoria da comunicação, e o fortalecimento do compromisso entre a organização e a profissão, culminando na satisfação e desenvolvimento profissional. No que respeita à pessoa alvo dos cuidados, destacam-se como vantagens “a promoção da saúde, o bem-estar, a prevenção de complicações e o aumento crescente da satisfação” (Ribeiro *et al.*, 2016: 132).

Os MPP de Enfermagem, embora ainda quase inexistentes em Portugal, podem assim contribuir para fomentar o desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a qualidade dos mesmos. O mesmo se pode estender às áreas de especialização, pois é necessário estruturar um corpo de conhecimentos para que estas se possam desenvolver. E

como refere Fernandes, Gomes, Magalhães, & Lima (2019) a investigação em enfermagem e a sua divulgação são necessárias para gerar novos conhecimentos, avaliar práticas e serviços, e fornecer evidências para o ensino, prática, pesquisa e gestão de enfermagem, pois só assim é possível promover o avanço da profissão. Além do que, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação (PQCEER)

“o desenvolvimento profissional especializado, assente na prática clínica, será um contributo facilitador para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamental para a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas desta área clínica” e “na orientação da prática, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (OE, 2018a: 5-6).

Deste modo, um MPP baseado num modelo de autocuidado pode ser um importante contributo para a qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Pois “a dependência no autocuidado apresenta-se como um foco central no processo de cuidados dos enfermeiros, particularmente dos EEER, para os quais se constitui como intervenção de grande relevo capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõe cada um dos diversos domínios do autocuidado” (Petronilho & Machado, 2017: 8).

E, assumem-se como propósitos da enfermagem: promover ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas; e promover a aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação, através de ações explicativas (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014). Assim, sendo o autocuidado assume-se como foco da promoção da saúde e das intervenções que objetivam melhorar e/ou solucionar os problemas de saúde física e psicossocial, bem como o estado geral das pessoas; e representa um resultado sensível dos cuidados de enfermagem. Uma vez que resulta das intervenções do enfermeiro objetivando um desempenho adequado das ações e comportamentos por parte das pessoas, com vista a obterem ganhos em saúde (Petronilho, 2012).

O autocuidado, embora inato à atividade humana, é um conceito que tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo. No entanto, é considerado universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às AVD's e às atividades instrumentais (Santos, Ramos, & Fonseca, 2017). De acordo com Martins & Rocha (2016: 13) o autocuidado “refere-se, em sentido lato, ao que as pessoas fazem por elas próprias para estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com a doença ou incapacidade, assumindo a responsabilidade pessoal pelo seu próprio bem-estar”. E pode também ser um processo aprendido, uma vez que a capacidade de as pessoas tomarem iniciativa, responsabilidade e atuarem de forma eficaz no desenvolvimento do seu potencial para a saúde (Petronilho, 2012), nomeadamente do autocuidado, depende de si e do processo de aprendizagem que decorre ao longo do ciclo vital com os seus pares.

Nesse sentido, também a OMS tem procurado influenciar as pessoas na adoção de comportamentos que garantam a boa saúde, a funcionalidade, independência e autonomia,

desenvolvendo medidas adequadas à evolução da sociedade. E desde sempre, esta organização manifestou no seu entendimento de autocuidado a manutenção da saúde e prevenção da doença. Em 1998 definia as áreas essenciais do autocuidado como o conjunto de ações desenvolvidas pelos indivíduos de modo a estabelecer e manter a sua própria saúde e prevenir e lidar com a doença, envolvendo questões fundamentais como a higiene (geral e pessoal), nutrição (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos), estilo de vida (atividades desportivas, de lazer, etc.), fatores ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc.), e automedicação (seleção e uso de medicamentos de forma responsável e adequada (Martins & Rocha, 2016). Em 2009, surgiu aquela que é considerada a definição atual da OMS. Nela, são identificados os profissionais de saúde como elementos promotores do autocuidado. Assim, o autocuidado refere-se “à capacidade das pessoas, famílias e comunidade de promover a saúde, prevenir doenças, manter a sua saúde e lidar com incapacidades/limitações com ou sem apoio dos serviços de saúde” (WHO, 2009: 1). Sendo princípios fundamentais para o autocuidado os aspetos individuais (autoconfiança, empoderamento, autonomia, responsabilidade pessoal, autoeficácia), bem como os aspetos da comunidade envolvente (participação da comunidade, envolvimento da comunidade, empoderamento da comunidade) (WHO, 2009).

O International Self-care Foundation, uma organização não-governamental com sede no Reino Unido, descreveu como domínios do autocuidado: a literacia em saúde¹¹, a consciencialização, a atividade física, a alimentação saudável, a prevenção de riscos, a higiene, e o uso racional de produtos e serviços. A literacia em saúde constitui o primeiro pilar para o autocuidado, uma vez que implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde com o objetivo de formar juízos e tomar decisões apropriadas, melhorando a sua qualidade de vida. Estas capacidades fazem com que a proteção da saúde esteja ao alcance de todos, contribuindo para compreender a importância de adotar comportamentos saudáveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019; Martins & Rocha, 2016)

A conceptualização do autocuidado teve início em 1956 com o desenvolvimento da Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem (TDAE), de Dorothea Orem, que nos indica que o objetivo da prática de enfermagem é assistir os doentes nas suas necessidades de autocuidado e permitir o retorno ao autocuidado, ou seja, que a pessoa seja capaz de o desempenhar por si só, promovendo a sua autonomia. Esta teoria foi validada em 1967, aceite internacionalmente por inúmeras escolas de enfermagem e tem sido utilizada em diversos estudos de investigação (Tomey & Alligood, 2004).

A TDAE de Orem engloba três teorias que se relacionam entre si, nomeadamente: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do Autocuidado; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

¹¹ A OMS define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (DGS, 2019: 6).

A Teoria do Autocuidado descreve o porquê do autocuidado e como as pessoas cuidam de si próprias, desenvolvendo ações de autocuidado¹². Orem parte do pressuposto de que qualquer pessoa é capaz de se autocuidar por apresentar habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida. No entanto, as suas ações de autocuidado podem ser afetadas por fatores condicionantes básicos¹³, que dizem respeito a fatores internos ou externos à pessoa e que interferem com a sua capacidade de se autocuidar adequadamente, ou seja com os comportamentos de autocuidado. As ações de autocuidado variam, assim, em função do desenvolvimento das pessoas, desde a infância até à velhice, sendo “o autocuidado condicionado pelo estado de saúde, pelos fatores que influenciam a educação e pelas experiências de vida que permitem a aprendizagem, pela exposição às influências culturais e pela utilização de recursos na vida diária” (Petronilho, 2012: 12). Há ainda a referir que as ações de autocuidado envolvem vários domínios, nomeadamente: o domínio cognitivo, que diz respeito ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para executar a ação de autocuidado; o domínio físico, que se reflete na capacidade física para realizar a ação de autocuidado; o domínio emocional ou psicossocial, que se refere à atitude, valores, desejo, motivação e perceção de competência na realização da ação do autocuidado; e o domínio do comportamento, ou seja, ter as habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado, objetivando a manutenção da vida, funcionamento saudável, desenvolvimento pessoal e bem-estar (Petronilho, 2012).

Cada pessoa apresenta diferentes necessidades de autocuidado, podendo ou não apresentar incapacidade funcional para as mesmas, ao que a estas necessidades se atribui o termo necessidade terapêutica de autocuidado (Queirós *et al.*, 2014). A esta corresponde o total de medidas de cuidados necessários, que devem ser executados para dar resposta a todos os requisitos de autocuidado¹⁴ conhecidos de um indivíduo, num determinado período ou em alturas específicas (Martins & Rocha, 2016). Os requisitos de autocuidado podem dividir-se em três categorias, sendo eles:

- Os requisitos universais de autocuidado, que são comuns a todas as pessoas ao longo do processo de vida e, que incluem as ações respirar, beber, comer, eliminar, equilíbrio entre repouso e atividade, prevenção de perigos, promoção do funcionamento, e desenvolvimento da interação com grupos sociais;

¹² A ação de autocuidado ou ação deliberada “é a capacidade adquirida, complexa, para atender às exigências de continuar a cuidar de si, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar” (Orem, 2001: 254).

¹³ São por exemplo, “a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores associados ao sistema de saúde, fatores do sistema familiar, padrões de vida e fatores ambientais” (Petronilho, 2012: 21).

¹⁴ Os requisitos de autocuidado designam as condições que orientam a escolha e a realização de ações de regulação do cuidado e o propósito de cuidar do eu (Martins & Rocha, 2016).

- Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, que dizem respeito aos processos de desenvolvimento humano e às etapas do ciclo de vida, pelo que são fulcrais para a formação inicial das características humanas (estruturais, funcionais e comportamentais) e requerem a reflexão e a introspeção do eu, promoção da saúde mental positiva e empenho no trabalho. Estes podem ser influenciados por condições como a privação de educação, problemas de adaptação social, falhas de saúde individual, perdas de familiares e amigos, perda de haveres e de segurança ocupacional, mudança súbita de residência para um ambiente desconhecido, problemas associados ao *status*, saúde pobre ou incapacidade, condições de vida opressivas, e doença terminal ou morte iminente;

- e, por fim, os requisitos de autocuidado no desvio da saúde, que estão relacionados com os processos patológicos, de doença ou lesão, podendo ser subsequentes a intervenções médicas e de diagnóstico, que levam a uma procura de cuidados de saúde necessários, participação no tratamento e vivência da doença (Martins & Rocha, 2016; Petronilho, 2012).

A Teoria do Déficit do Autocuidado, sustenta a intervenção da Enfermagem junto da pessoa com déficit de autocuidado¹⁵, de modo a ajudá-la. Orem identifica cinco métodos de ajuda, conforme as necessidades identificadas, nomeadamente: “agir ou fazer por outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar” (Petronilho, 2012: 24). Assim, o enfermeiro adequa a sua intervenção conforme o défcie de autocuidado identificado, agindo no sentido de o minimizar. Orem não inclui nesta teoria apenas as pessoas com limitações¹⁶ que as tornam completa ou parcialmente incapazes de satisfazer os requisitos necessários para autocuidado, mas também o familiar cuidador relativamente aos cuidados que presta à pessoa dependente. E, defende que a comunidade deve contemplar serviços na ajuda a pessoas com dependência (Martins & Rocha, 2016). Pois as competências e conhecimentos do cuidador podem ficar aquém das tarefas exigidas na prestação de cuidados à pessoa dependente.

Por fim, temos a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que engloba as anteriores e descreve e explica as relações que têm de ser estabelecidas e mantidas para que se produza enfermagem. Esta, “articula as propriedades da enfermeira (agência de enfermagem) com as propriedades do doente (necessidades de terapêuticas de autocuidado e agência de autocuidado)”, determinando como enfermeiros, doentes ou ambos podem dar resposta às necessidades de autocuidado do doente (Petronilho, 2012: 25). As intervenções do enfermeiro no que respeita ao autocuidado (sendo este considerado agente terapêutico do autocuidado) podem ser totalmente compensatórias,

¹⁵ O défcie de autocuidado surge “quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa para se autocuidar” (Petronilho, 2012: 24).

¹⁶ Consideram-se vários tipos de limitações no autocuidado: limitações de conhecimento, limitações para tomar decisões e limitações para realizar ações (Martins & Rocha, 2016)

parcialmente compensatórias ou de suporte educativo, dependendo das necessidades identificadas (Queirós *et al.*, 2014).

O sistema totalmente compensatório inclui situações em que a pessoa não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, estando dependente dos outros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar. O sistema parcialmente compensatório surge em situações em que o enfermeiro ou outros realizam ações de cuidados que envolvem a deambulação ou tarefas manipuladoras, compensando as limitações da pessoa. E, no sistema de apoio educativo, a pessoa apresenta capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros (Petronilho, 2012).

Ao diagnosticar as necessidades de cuidados, o enfermeiro deve construir um plano de intervenção adequado, obedecendo aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e planeamento da assistência de acordo com os sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, Orem distingue as necessidades de intervenção conforme o grau de dependência, sendo que o enfermeiro de reabilitação pode elaborar planos de intervenção funcionais e educacionais, e delinear metas em conjunto com a pessoa, disponibilizando-lhe habilidades e conhecimentos para lidar com a incapacidade. No que respeita aos défices de autocuidado, o EEER presta cuidados no sentido de minimizar os efeitos desse défice, capacitando a pessoa e promovendo estratégias de apoio e de educação, visando o autocontrolo da sua condição (Fernandes *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o Modelo de Autocuidado desenvolvido por Fonseca (2013), baseado essencialmente na TDAE e no continuum da funcionalidade/incapacidade da CIF, pode revelar-se como um importante referencial para a prática de cuidados dirigida quer à pessoa dependente no autocuidado ou ao cuidador, uma vez que procura orientar a intervenção do enfermeiro conforme o défice no autocuidado identificado, objetivando compensar as limitações da pessoa e promover a sua capacidade funcional. E, apresenta-se também como uma importante linha teórica para a enfermagem de reabilitação, tendo sido selecionado como base para o modelo de capacitação para o autocuidado desenvolvido no presente relatório.

Optou-se também por utilizar a estrutura conceptual da Teoria de médio alcance de Lopes (2006), uma vez que determina as duas fases fundamentais da prática clínica: fase diagnóstica e fase de intervenção; e o Modelo de *Empowerment* de Gibson (1991), pois tendo em conta a questão de partida “Quais os ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e na capacitação do seu cuidador?”, definiram-se como conceitos centrais da intervenção do EEER, além do autocuidado, também a capacitação. Assim, considerou-se

pertinente recorrer a um modelo de cuidados que fundamentasse a intervenção no autocuidado e na capacitação da pessoa e do cuidador.

A Teoria de Médio alcance de Lopes (2006) que se baseia no dualismo da relação enfermeiro-doente, apresenta duas componentes distintas, mas complementares: a natureza da interação e o processo da relação. A natureza da interação consiste em duas etapas fundamentais: o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica, indo de encontro à prática de cuidados do EEER. Pois mais que o processo de cuidados, na intervenção do EEER é fundamental a relação que se estabelece com a pessoa e cuidador, uma vez que se trata muitas vezes de uma fase de mudança e transição contemplada por uma imensidão de sentimentos e experiências. E como refere Lopes (2005: 221), “o que está em causa numa situação de doença, não é apenas, nem principalmente, um processo fisiopatológico, mas sobretudo uma experiência humana”. Como tal, se a presença do enfermeiro for sentida como autêntica e útil para a pessoa/cuidador, os efeitos para os mesmos serão evidentes e vantajosos.

No processo de avaliação diagnóstica inclui-se a colheita de dados, a avaliação da pessoa pelo enfermeiro e a reavaliação do processo da mesma, tendo em atenção o que este sabe sobre a doença, quais as suas preocupações, a sua capacidade e estratégias adaptativas. Nesta fase, o EEER poderá identificar o nível de dependência que a pessoa apresenta, bem como o seu perfil funcional, determinando um problema ou diagnóstico de enfermagem (Fonseca, 2013).

No processo de intervenção terapêutica, uma vez identificado o diagnóstico, que inclui a necessidade de cuidados e o perfil funcional da pessoa/cuidador, o enfermeiro dirige a sua intervenção intencional à pessoa/família, na qual temos uma interação/gestão conjunta de sentimentos e informações entre os mesmos. Ao longo de todo este processo desenvolve-se o “processo da relação”, enquanto segundo componente desta teoria, e que compreende três fases sequenciais: Princípio da relação, Corpo da relação e Fim da relação (Lopes, 2006). Assim, é possível desenvolver uma relação terapêutica, que possibilita a criação de uma relação de confiança da pessoa e família com o enfermeiro, facilitando e efetivando o processo de cuidados e, traduzindo-o em resultados sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Ou seja, em resultados significativos, onde existe intervenção de enfermagem, com evidência empírica que demonstra a ação do enfermeiro e o seu resultado (Doran & Pringle, 2011).

O Modelo de Autocuidado para Pessoas com 65 anos ou mais de idade de Fonseca (2013) tem por base o Modelo Concetual de Donabedian (2005), e o Modelo da Eficácia do Papel da Enfermagem, no continuum da funcionalidade¹⁷/incapacidade¹⁸ proposto pela CIF e na translação para o Modelo

¹⁷ “A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação” (OMS, 2004: 7).

¹⁸ “A incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação” (OMS, 2004: 7)

Concetual do Autocuidado de Orem. Este define o conceito de cuidados de enfermagem às pessoas idosas como

“o processo de cuidados levado a cabo pelo enfermeiro, em articulação com a restante equipa, dirigido à pessoa idosa no seu contexto e que tem em consideração a funcionalidade, (...) entendida como o processo de interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (p.e. fatores ambientais e pessoais)” (Fonseca, 2013: 160).

Este modelo apresenta-nos a descrição do nível funcional (não há problema 0-4%, problema ligeiro 5-24%, problema moderado 25-49%, problema grave 50-95%, problema completo 96-100%), através do qual é possível determinar o défice de autocuidado (autocuidado na atividade, défice de autocuidado terapêutico moderado, e défice de autocuidado terapêutico completo e grave), e a necessidade de cuidados de enfermagem. Segundo este, a intervenção dos cuidados de enfermagem deve ter em conta a capacidade funcional e capacidade de conhecimento da pessoa e, deve promover a autonomia e os processos de readaptação, levando à adoção do comportamento de autocuidado (Fonseca, 2013).

Assim de acordo com o Modelo de Autocuidado para Pessoas com 65 ou mais anos de idade, as necessidades de cuidados de enfermagem podem ser (Fonseca *et al.*, 2017):

- Autocuidado na Atividade, quando não há problema (0-4%), ou se trata de um problema ligeiro (5-24%). De acordo com Orem (2001), este define-se como a capacidade individual para realizar as atividades, no sentido de promover e manter a saúde. Ou seja, a pessoa apresenta défices ligeiros ou é autónoma na satisfação das atividades para o seu autocuidado, podendo necessitar apenas de supervisão ou acompanhamento por parte do enfermeiro. Esse acompanhamento pode ser através da ajuda na tomada de decisões, ou no ensino de habilidades e conhecimentos em determinados requisitos de autocuidado, sendo apenas necessário um sistema de apoio educativo (Petronilho, 2012; Hernández, Pacheco, & Larreynaga, 2017).

- Déficit de Autocuidado Terapêutico Moderado, quando o problema é moderado (25- 49%), ou seja, as necessidades ultrapassam a capacidade da pessoa na atividade, o que se traduz num déficit de autocuidado, onde a pessoa precisará de apoio para execução dos seus autocuidados (Fonseca, 2013). Aqui, aplica-se um sistema parcialmente compensatório, em que o enfermeiro ou outros realizam as ações de autocuidado que compensam as limitações da pessoa (Petronilho, 2012). O autocuidado é, assim, assegurado através de intervenções terapêuticas que promovam o apoio físico e psicológico (Fonseca, 2013).

- Déficit de Autocuidado Terapêutico Completo ou Grave, quando o problema é grave (50-95%) e completo (96-100%). Neste, as necessidades da pessoa vão além do déficit autocuidado terapêutico moderado, sendo necessário apoio total para execução dos seus autocuidados (Fonseca, 2013; Orem, 2001). E, o enfermeiro, é responsável por um sistema totalmente compensatório, ou seja, por

satisfazer os requisitos de autocuidado universal, pois a pessoa não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, sendo dependente dos outros para o poder concretizar (Hernández *et al.*, 2017).

No que respeita à capacitação da pessoa e cuidador foi utilizado como referencial o Modelo de *Empowerment* de Gibson (1991), que define *empowerment* como o processo de ajudar as pessoas a deter controlo sobre os fatores que afetam a sua saúde, através da capacitação para que consigam satisfazer as suas próprias necessidades, resolver os seus problemas e mobilizar os recursos necessários a fim de sentirem que controlam as suas próprias vidas. Este modelo centra-se na interação enfermeiro – pessoa/família e apresenta 3 dimensões: a primeira relaciona-se com os atributos da pessoa/família (autodeterminação, autoeficácia, controlo, motivação, aprendizagem, crescimento, domínio/poder, melhoria da qualidade, melhor saúde, sentido de justiça social); a segunda refere-se à interação pessoa – enfermeiro (confiança, empatia, participação nos processos de decisão, estabelecimento mútuo de objetivos de vida, cooperação, colaboração, negociação, organização, legitimidade, vencer barreiras organizacionais); e a terceira está relacionada com o domínio da enfermagem (ajuda, suporte, conselheiro, educador, facilitador, defensor/protetor (Marques, 2015). E, tem por base o papel do enfermeiro enquanto educador e facilitador no processo de saúde-doença da pessoa/cuidador, promovendo a sua capacitação e a sua autoeficácia, para uma maior funcionalidade e melhor qualidade de vida.

Assim, tendo por base a teoria de Lopes (2006) e através do Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013) e da Teoria do Défice do Autocuidado de Orem (2001) foi-nos possível desenvolver um plano de intervenção, baseado não só nas necessidades de autocuidado, mas também nas capacidades funcional e de conhecimento da pessoa e, nas condições e contexto da mesma, incluindo a família/cuidador. Para tal, após a fase diagnóstica, na fase de intervenção foram implementadas intervenções parcialmente e totalmente compensatórias, e um sistema de apoio educativo baseado na relação terapêutica enfermeiro – pessoa/cuidador, procedendo à capacitação da pessoa e respetivo cuidador com vista à sua autonomia funcional. No processo de capacitação foi utilizado o modelo de *empowerment* de Gibson (1991), no qual a comunicação (através do ensino e aconselhamento) se revela essencial para promover e reforçar a capacidade da pessoa/cuidador para satisfazer as suas próprias necessidades. Neste, ao interagir com a pessoa/cuidador e tendo em conta os seus atributos, é possível construir uma consciência crítica sobre a sua situação e facilitar o surgimento de um plano de ação que seja realista, promovendo a sua inclusão no processo de cuidados (Gibson, 1991).

De modo a esquematizar o processo de cuidados do ER desenvolvido no projeto de intervenção profissional, foi elaborada uma estrutura conceptual que foi adaptada do modelo de autocuidado criado por Carretas (2018) e, que tem por base, como já referido: a Teoria de Médio alcance de Lopes (2006), o Modelo de *Empowerment* de Gibson (1991), o Modelo de Autocuidado de Orem (2001) e o

Modelo de Autocuidado proposto por Fonseca (2013), que integra o modelo anteriormente referido e a teoria do continuum da funcionalidade/incapacidade proposto pela CIF (2004).

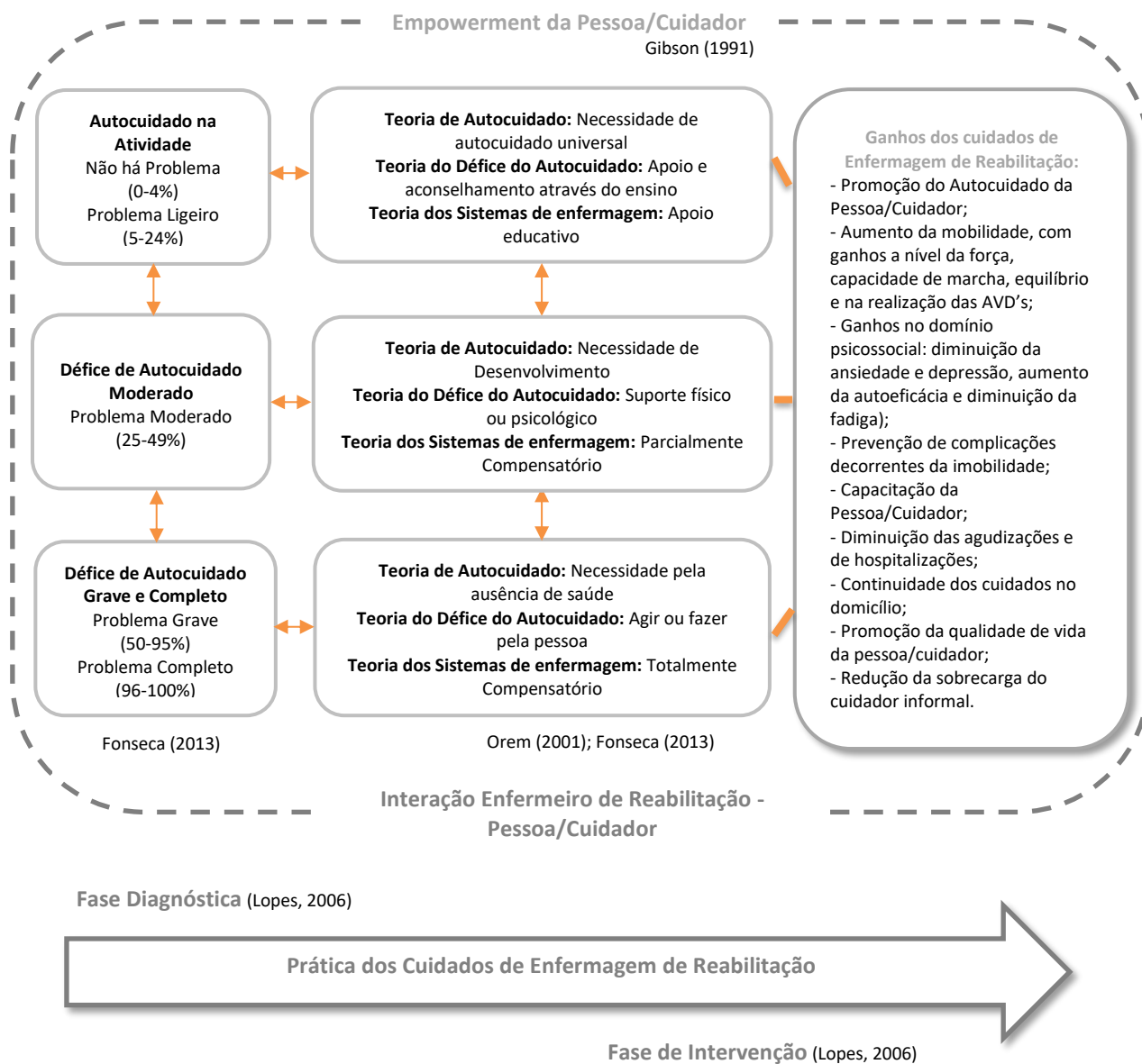


Figura 2 - Modelo de Capacitação para o Autocuidado nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Adaptado de Carretas, 2018).

Com este modelo e, de acordo com a RSL, no que respeita à intervenção do EEER, esperam-se ganhos em vários domínios, quer em relação ao cuidador ou à pessoa, nomeadamente: promoção do autocuidado da Pessoa/Cuidador; aumento da mobilidade, com ganhos a nível da força, capacidade de marcha, equilíbrio e realização das AVD's; ganhos no domínio psicossocial (diminuição da ansiedade e depressão, aumento da autoeficácia e diminuição da fadiga); prevenção de complicações

decorrentes da imobilidade; capacitação da pessoa/cuidador; diminuição das agudizações e de hospitalizações; continuidade dos cuidados no domicílio; promoção da qualidade de vida da pessoa/cuidador; e redução da sobrecarga do cuidador informal.

2.2 - JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

O envelhecimento global da população tem-se refletido num aumento do número pessoas idosas que vivem com problemas de saúde crónicos, aos quais se associam o declínio da sua funcionalidade, uma maior fragilidade e dependência (Slatyer et al., 2019). Tal, acarreta uma maior necessidade de cuidados, que no domicílio é geralmente assumida pela família. Pelo que as políticas de saúde nos últimos anos têm tentado dar resposta a esta realidade através de programas que: promovem o envelhecimento bem-sucedido, incentivam a coesão e interação familiar, e protegem o idoso de negligência, de más práticas e de violência física e psicológica. Os profissionais de saúde têm aqui um papel fundamental, ao dotar os cuidadores de competências cognitivas (informação), competências instrumentais (saber-fazer) e competências pessoais (saber lidar com); ao promover programas de envelhecimento ativo; e ao prestar cuidados à pessoa idosa, tendo em conta todas as suas necessidades quer a nível físico, psicológico ou social (Sequeira, 2018).

Tendo em conta a realidade observada nos vários contextos de estágio, assim como os dados demográficos apresentados na literatura atual, definiu-se como alvo da intervenção dos cuidados do EEER a pessoa idosa e o respetivo cuidador. Inicialmente, no projeto selecionou-se também como critério de inclusão para a população alvo possuir “alterações do aparelho circulatório”, pois as doenças cardiovasculares apresentam-se como a principal causa de morte em Portugal (INE, 2019) e representam também uma importante causa de perda de autonomia e de idas aos serviços de saúde por agudizações, necessitando muitas vezes de cuidados acrescidos (Rocha & Nogueira, 2015), nomeadamente do EEER. No entanto, no decorrer do processo de aquisição de competências e desenvolvimento pessoal e profissional, foi-nos possível perceber que a visão do EEER vai muito além da patologia que a pessoa apresenta, não se focando num modelo biomédico, mas sim num modelo biopsicossocial em que os cuidados devem ser centrados na pessoa, tal como refere a estratégia de intervenção global da OMS para 2016-2026 (WHO, 2015). Importa também referir que a intervenção do EEER “visa promover um diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...) nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades; em pessoas de todas as idades, que estão

impossibilitadas de executar atividades básicas de forma independente (...)” (Regulamento N.º 392/2019: 13565-66). Por isso, com a continuidade do desenvolvimento do projeto de intervenção profissional definiu-se como população alvo dos cuidados a pessoa idosa com alterações do autocuidado e o seu cuidador, focando a funcionalidade.

Quanto ao cuidador importa referir que este negligência muitas vezes o seu próprio autocuidado, revelando sentimentos de angústia, sobrecarga ou exaustão, pelo papel que desempenha ao cuidar dos seu familiar. Assim, reconhece-se como estratégia de intervenção a importância de identificar as necessidades dos cuidadores, sendo que o enfermeiro deve acompanhar e orientar as decisões do cuidador de forma empática (Petronilho & Machado, 2017), e ao mesmo tempo, deve “agir como agente promotor do autocuidado” (Lopes, Mendes, Nunes, Ruivo, & Amaral, 2016: 748). Para tal, o EEER “(...) utiliza técnicas específicas e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados, e na reintegração das pessoas na família e na comunidade (...)” (Regulamento n.º 392/2019: 13565). O processo de reabilitação passa, portanto, por incluir a pessoa alvo dos cuidados na tomada de decisão no que respeita ao seu plano de cuidados e também por capacitar o cuidador informal, com vista a dar resposta à continuidade dos cuidados no domicílio e a desenvolver estratégias de *coping* que sejam facilitadoras da gestão dos seus cuidados (Cavalcante *et al.*, 2018). Valoriza-se assim a importância das políticas de saúde que privilegiam a “negociação e a colaboração, permitindo que os indivíduos possam ser informados e orientados (capacitados) para que tomem decisões de forma livre e consciente em favor da saúde” (Lopes, *et al.*, 2016: 739), bem como em favor do seu autocuidado.

No que respeita ao âmbito da intervenção optou-se por isso pelo autocuidado, até porque o EEER, pelo quadro de competências específicas que apresenta, desempenha uma função primordial na recuperação e readaptação da pessoa com défice no autocuidado, nas mais variadas situações de doença aguda ou crónica, de modo a minimizar complicações e maximizar o seu potencial de reconstrução de autonomia, obtendo ganhos em saúde e resultados sensíveis dos cuidados de enfermagem. E como refere Lopes *et al.* (2016: 735),

“os ganhos em saúde traduzem-se em ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial, pela redução do sofrimento evitável e pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde”.

O que depende em muito da capacidade de intervir (prevenindo, controlando ou resolvendo fatores casuais), assim como da gestão do conhecimento, da identificação meticulosa das necessidades e do correto uso dos recursos existentes (Lopes *et al.*, 2016). Tendo aqui também o EEER um papel importante ao identificar as necessidades de intervenção e ao elaborar, implementar e avaliar planos e/ou programas de intervenção, de modo a promover a qualidade de vida da pessoa. Indo de encontro

ao que foi dito, há ainda a apontar que o enfermeiro especialista apresenta também competências no que respeita à gestão dos cuidados e no desenvolvimento de formação e aprendizagens na sua área de intervenção profissional.

Assim, definiu-se o ensino como a estratégia principal do EEER no empowerment/capacitação da pessoa e cuidador. E a sua intervenção ao ser baseada Modelo de *Empowerment* de Gibson (1991) permite que o processo de cuidados facilite a relação entre cuidadores e a pessoa alvo dos cuidados, obtendo ganhos para ambos. De acordo com um estudo realizado por Alves (2014), o enfermeiro de reabilitação ao envolver a pessoa no seu próprio programa terapêutico de reabilitação, está não só a melhorar a sua funcionalidade e capacidade de autocuidado com vista à autonomia, mas também a promover a sua integração no seio familiar e social, conduzindo a uma maior satisfação dos envolvidos. A OE (2009a) reporta ainda que os enfermeiros devem assegurar o apoio e suporte emocional às famílias ou às pessoas prestadoras de cuidados, capacitando-as para a integração da pessoa dependente e para que arranjem estratégias de *coping* para lidar com os novos papéis familiares e sociais que vão desempenhar. Este acompanhamento pode ajudar a diminuir o trabalho que o cuidador tem com o familiar dependente, contribuindo também para a sua qualidade de vida, reforçando o que foi já anteriormente dito.

No Modelo de Capacitação para o Autocuidado e no delinear da estratégia desenvolvida, foi utilizado como referencial o Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013), que tem como componentes essenciais a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), e o continuum da funcionalidade proposto pela CIF, e que é composto pela descrição do nível funcional, através da qual é possível determinar o défice de autocuidado e a necessidade de cuidados de enfermagem. Este modelo além de ter como foco o autocuidado, permite a sistematização dos cuidados, pois através dele é possível desenvolver um plano de intervenção, baseado só nas necessidades de autocuidado, mas também na capacidade funcional e de conhecimento da pessoa, bem como nas condições e contexto da mesma, incluindo o cuidador. O plano pode incluir intervenções parcialmente e totalmente compensatórias, assim como um sistema de apoio educativo, baseado na relação terapêutica enfermeiro-doente/cuidador como preconiza Lopes (2006), sendo possível obter ganhos tanto no autocuidado como na funcionalidade em geral.

Ao utilizar a linguagem CIF, enquanto referência concetual na descrição da saúde e dos estados relacionados, este modelo permite a formulação de diagnósticos de enfermagem, deteta também problemas de saúde, e identifica necessidades de cuidados com base na funcionalidade. Além disso, a sua abordagem é biopsicossocial (Fonseca, 2013), o que permite ter uma visão holística da pessoa e de todos os domínios em que esta se desenvolve. A sua utilização é ainda sustentada pelo fato de vários autores afirmarem que existem códigos CIF sensíveis aos cuidados de enfermagem, nas várias

áreas desta classificação (funções do corpo, estrutura do corpo, atividades de participação e fatores ambientais). Além disso, integra também o conceito de autocuidado (lavar-se, cuidar do corpo e das partes do corpo, comer, beber, cuidar da própria saúde, etc.), também ele sensível aos cuidados de enfermagem. E, permite a sua utilização em vários contextos de ação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na avaliação, no planeamento, na intervenção e na descrição dos próprios cuidados (Fonseca, 2013). Complementando-se com a TDAE de Orem (2001), possibilita a correspondência entre os perfis funcionais e as necessidades de cuidados de enfermagem, constituindo-se assim como um importante contributo para a estratégia de intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Assim, com o projeto de intervenção profissional implementado perspetivou-se desenvolver um modelo de intervenção profissional na prática de cuidados do EEER para a capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e para a capacitação do cuidador. Sendo a questão que se colocou quanto à estratégia implementada *“Quais os ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e na capacitação do seu cuidador?”* E foram definidos como objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa dependente e com défice no autocuidado, com base no Modelo de Autocuidado e na Teoria da relação enfermeiro-doente;
- Avaliar o cuidador através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI), nomeadamente através da subescala *“Perceção dos mecanismos de eficácia e controlo”*;
- Desenvolver um programa de capacitação dirigido à pessoa com alterações do autocuidado, e ao seu cuidador informal, com base no Modelo de Autocuidado e no Modelo de *Empowerment* de Gibson;
- Identificar os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, com base no Modelo de Autocuidado.

De acordo com Ribeiro *et al.* (2016), um MPP é uma estrutura que permite aos enfermeiros integrar e articular as contribuições da teoria na prática, fornecendo bases para prática de cuidados seguros, de alta qualidade e centrados no doente. Assim, a estratégia profissional utilizada, com base num modelo de capacitação para o autocuidado, pretende contribuir para a prática de cuidados de excelência e para a obtenção de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

2.3 - METODOLOGIA

A narrativa presente neste relatório tem por interesse o desenvolvimento de competências dos cuidados do EEER nas várias áreas de intervenção. Assim, optou-se por seguir a teoria de médio alcance de Lopes (2006), uma vez que determina as duas fases fundamentais da prática clínica: fase diagnóstica e fase de intervenção. E, procurando seguir um paradigma descritivo e exploratório no desenvolver de competências optou-se por apresentar os resultados obtidos no decorrer da prestação de cuidados do EEER de acordo com a metodologia qualitativa de estudo de caso de Robert Yin (2015).

Considerou-se que a metodologia de estudo de caso poderia ser vantajosa por se adequar em situações em que a amostra populacional é reduzida, consistindo na realização de um exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma identidade social (indivíduo, grupo, família, comunidade ou organização) (Fortin, 2009: 241). Enquanto trabalho de carácter qualitativo, os dados para este relatório foram obtidos através de uma análise de conteúdo, que permitiu obter informação detalhada, destacar ideias, estabelecer relações entre as variáveis e, formular hipóteses (Fortin, 2009).

Assim, o tratamento de dados foi feito de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2011), adequada a estudos qualitativos e, em concomitância com a metodologia de estudo de caso de Yin (2015), utilizada para a prossecução deste projeto.

De acordo com Bardin (2011) a análise de conteúdo consiste em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento de dados – inferência e, interpretação. Na fase de pré-análise, que consiste na fase organização dos dados e num primeiro contacto com os documentos que serão submetidos a análise, foi definida e planeada a colheita de dados realizada através de notas de campo e da aplicação do ENCS, do Índice de Barthel e do QASCI; na exploração do material e tratamento de dados, procedeu-se a um estudo mais aprofundado e foram definidas as unidades de contexto e de registo; e, por fim, na fase de interpretação, já na discussão dos resultados, foi estabelecida uma relação entre os dados obtidos através da sua análise, tirando conclusões e realizando a sua fundamentação teórica, para que os resultados possam ser significativos. Para tratamento estatístico dos dados foram utilizados a plataforma ENCS e o Microsoft Excel.

Conforme Yin (2015), para a realização de um estudo de caso começa por se definir o tema ou problema a ser estudado, seguindo-se o desenvolvimento de um projeto de estudo de caso e a preparação para a colheita de dados. Posteriormente à colheita de dados, é feita a sua análise, onde se procede à descrição e reflexão individual sobre cada caso; e, por fim, os dados obtidos são cruzados e fundamentados com a teoria e, é feita uma reflexão e conclusão sobre os resultados. Seguindo esta metodologia, o estudo de um caso não se circunscreve apenas à sua descrição, mas sim à possibilidade de aumentar o conhecimento e formular hipóteses com base nos resultados obtidos, visando a

realização de estudos de maior dimensão no futuro (Fortin, 2009). Além disso, optando por estudos de caso múltiplos e não por um estudo de caso único, a possibilidade de obter mais resultados e de chegar a conclusões mais congruentes e fidedignas é maior, mostrando-se este método mais vantajoso.

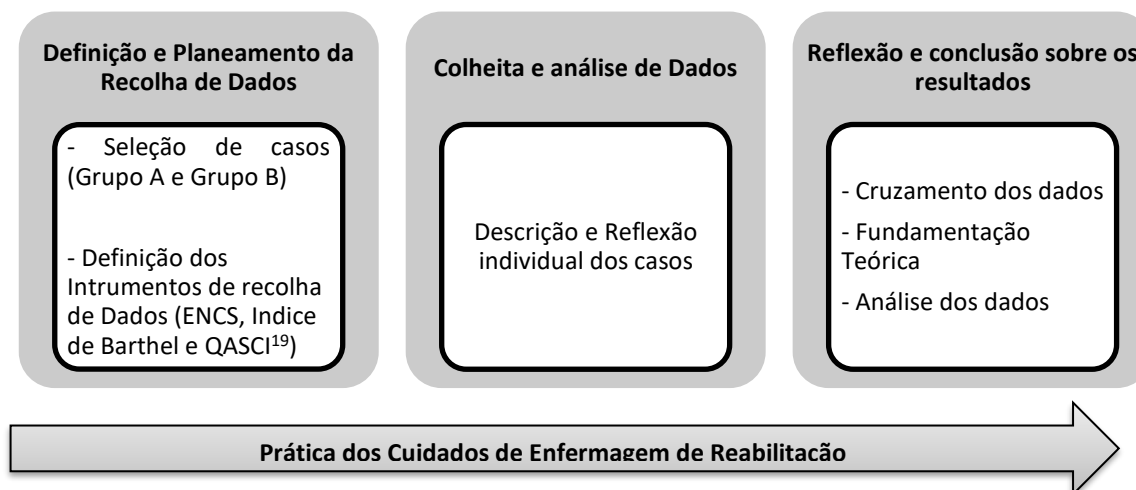


Figura 3 - Metodologia de Estudos de Caso Múltiplos (Adaptado de Yin, 2015: 64; e Soares, Ribeiro, Fonseca & Santos, 2018: 16).

Quanto à prestação de cuidados foram seguidas as normas que regulam a profissão de enfermagem através do REPE, assim como o Regulamento de Competências Gerais do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). O EEER “implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”, “(...) com doenças agudas, crónicas ou com sequelas de modo a maximizar o seu potencial funcional e independência” com vista à qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade (Regulamento n.º 392/2019: 13566). Desta forma, fundamenta-se assim o uso da teoria de Lopes (2006), uma vez que tem por base o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica, tal como o próprio regulamento de competências específicas do EEER menciona.

Neste relatório optou-se por incluir uma amostra constituída tanto por pessoas alvo dos cuidados do EEER no Estágio de Reabilitação que decorreu entre maio e junho de 2019 na área de intervenção de Ortopedia e Traumatologia, como pessoas que foram alvo dos nossos cuidados durante a realização do Estágio Final na área de Neurologia e na área de Cuidados Respiratórios, no período de setembro de 2019 a janeiro de 2020. Além de a metodologia aqui apresentada ter sido aplicada em ambos os

¹⁹ O QASCI foi apenas aplicado no Grupo B.

estágios curriculares acima mencionados, também considerámos que uma perspetiva global de avaliação e intervenção do EEER, abarcando todas as áreas de intervenção e observando a pessoa como um todo poderia ser vantajosa para aquisição de competências com vista à obtenção do grau de mestre na área de especialização de enfermagem de reabilitação; e, acima de tudo, poderia trazer benefícios para a recuperação ou manutenção das capacidades funcionais da pessoa alvo dos cuidados.

2.3.1 - População Alvo

Para a concretização da estratégia de intervenção profissional tinha-se como objetivo selecionar no mínimo 8 pessoas alvo da prestação de cuidados do enfermeiro de reabilitação, bem como os respetivos cuidadores informais (no estágio final), durante a realização do Estágio de Reabilitação e do Estágio Final, ambos incluídos no presente Relatório de Mestrado. Pelo que se considerou uma amostra accidental ou de conveniência, tendo sido selecionadas pessoas facilmente acessíveis e que respondiam a critérios de inclusão precisos e previamente definidos. Este tipo de amostra permite escolher pessoas que estão no local certo e no tempo certo, conhecendo-se a população e as suas características (Fortin, 2009). Como tal, a amostra foi constituída à medida que as pessoas foram surgindo na prestação de cuidados, sendo estes casos ricos - alvo de um maior número de intervenções do expert, tal como preconiza Robert Yin. E, os casos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão delineados.

Os critérios de inclusão definidos foram os seguintes: pessoas com mais de 65 anos de idade, com défice no autocuidado e com outras alterações da funcionalidade (identificadas pelos instrumentos de colheita de dados enunciados de seguida), com necessidade de continuidade de cuidados, possuindo um cuidador informal e, que fossem alvo dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação tanto na unidade hospitalar de ortopedia em que decorreu o Estágio de Reabilitação, como na Unidade de Cuidados na Comunidade em que decorreu o Estágio Final, incluindo as áreas de intervenção de neurologia e cuidados respiratórios.

2.3.2 - Instrumentos de Colheita de Dados

A colheita de dados deve utilizar várias fontes de evidência, criar uma base de dados e manter o encadeamento de evidências, para assim obter resultados fidedignos. De acordo com Yin (2015), as fontes de evidência podem ser documentação, registos, entrevistas, observação direta, observação participante e objetos, sendo estas passíveis de se complementarem umas às outras, e sendo possível

fazer uma triangulação de dados através das mesmas. Tal, permite desenvolver linhas congruentes de modo a obter uma maior compreensão do fenómeno a ser trabalhado. Assim, foram utilizadas como fontes de evidência a observação direta da relação entre a pessoa e família e suas ações, a entrevista e interação com os mesmos, notas de campo recolhidas durante a prestação de cuidados, a avaliação de enfermagem de reabilitação (onde se incluem os instrumentos a utilizar neste estudo: o Índice de Barthel e o Elderly Nursing Core Set (ENCS), entre outros, dirigidos à pessoa; e o QASCI, dirigido ao cuidador informal e aplicado no Estágio Final); exames complementares de diagnóstico (p.e. observação de Radiografias e de Tomografia Axial Computorizada) e os registos do processo clínico da pessoa (de onde foram recolhidos dados acerca dos antecedentes da pessoa, e dados sobre a situação clínica atual, incluindo informações médicas e informações sobre as avaliações de enfermagem de reabilitação).

Uma vez que a funcionalidade da pessoa é um dos objetivos da intervenção do EEER, utilizou-se como instrumento diagnóstico o ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), baseado no Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013) e na CIF, desenvolvida pela OMS.

O ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) é um instrumento que foi contruído a partir da CIF, que é específico para os cuidados de Enfermagem e que tem por objetivo a avaliação da funcionalidade em idosos. Foi selecionado por conter indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, pois avalia a funcionalidade da pessoa, as necessidades de cuidados de enfermagem em diversos contextos e avalia ainda os ganhos efetivos resultantes da intervenção de enfermagem.

Este instrumento é constituído por cinco secções distintas, em que a secção I corresponde à “Identificação e Caracterização Sócio biográfica” e as restantes estão relacionadas com a avaliação da funcionalidade: II – Funções do Copo; III – Estruturas do Corpo; IV – Atividades de Participação e V – Fatores Ambientais. E, consiste num teste que engloba 31 itens para os quais a resposta é dada segundo uma escala tipo Likert com 5 pontos, sendo esta pontuação expressa numa escala de orientação positiva (0. Não há problema: 0-4%; 1. Problema Ligeiro: 5-24%; 2. Problema moderado: 25-49%; 3. Problema grave: 50-95%; 4. Problema completo: 96-100%). Quanto às suas propriedades psicométricas, verifica-se uma variância total explicada de 82,25% kaiser-meyer-olkin (KMO)=0.947, o que se traduz numa elevada correlação entre os vários itens da escala. E, demonstra ainda um alfa global de Cronbach de 0.963, revelando uma excelente fiabilidade para os itens apresentados (Fonseca et al., 2019).

Ao longo do mesmo são avaliadas quatro componentes, que se subdividem em vários códigos: Autocuidado (lavar-se, vestir-se, cuidar de partes do corpo, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, andar, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo, mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, utilização da mão e do braço, beber e

comer); Aprendizagem e Funções Mentais (funções emocionais, funções de orientação, funções de atenção, funções de memória, funções de consciência e funções cognitivas de nível superior); Comunicação (falar, conversação, comunicar e receber mensagens orais, e relacionamentos familiares); e Relação com os amigos e cuidadores (prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos) (Fonseca *et al.*, 2019).

Assim, avaliando todas estas componentes nos vários casos é possível não apenas determinar as necessidades nos autocuidados e a sua capacidade de execução/apreensão de informação através da avaliação das funções mentais, mas também outras dificuldades que a pessoa apresente na relação com os seus familiares, amigos ou cuidadores, enquanto focos integradores da intervenção do EEER e enquanto parceiros essenciais na continuidade dos cuidados da pessoa com défice no autocuidado no domicílio.

De acordo com a DGS (2011), a avaliação clínica e funcional inicial da pessoa em processo de reabilitação deve ser feita com escalas *standart*, de forma a determinar os efetivos problemas da mesma nas diversas atividades e com o objetivo de se estabelecer um plano terapêutico de reabilitação individual. Assim, além do ENCS optou-se por se utilizar o Índice de Barthel, por ser uma das escalas que é utilizada para avaliar a pessoa nas instituições em que este estudo decorreu.

O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Este atribui diferentes pontuações conforme o nível funcional da pessoa, que pode apresentar: Dependência total (25 e menos pontos); Dependência Severa (26 – 50 pontos); Dependência Moderada (51 – 75 pontos); Dependência Leve (76 – 99 pontos); e Independência (100 pontos) (Apóstolo, 2012).

Quanto às suas propriedades psicométricas, é um instrumento que revela um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r=0,66$ e $r=0,93$. Assim, Araújo *et al.* (2007), consideram que o Índice de Barthel pode constituir facilmente uma estratégia de avaliação objetiva do grau de autonomia das pessoas idosas nos serviços de saúde, nomeadamente no contexto comunitário.

Através da utilização do ENCS e do Índice de Barthel é possível monitorizar a evolução da pessoa durante a intervenção do enfermeiro de reabilitação, bem como a eficácia e eficiência do programa de capacitação definido para o cuidador, e os seus respetivos ganhos. De modo a evidenciar as intervenções do EEER serão também elaborados registos e planos de cuidados dirigidos à pessoa, bem como aos respetivos cuidadores.

A avaliação diagnóstica do cuidador, no âmbito do estágio final, foi feita através do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2004). Este é um instrumento que foi criado para avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes com sequelas de AVC. Pois os autores consideram que “o estudo das vivências das famílias responsáveis pela prestação de cuidados a idosos permite uma melhor compreensão dos fenómenos responsáveis pelas situações de sobrecarga e crise familiar” (Martins *et al.*, 2004: 18), contribuindo para a sua prevenção e para o bem-estar de cuidadores e doentes, permitindo a sua permanência na comunidade.

Trata-se de um questionário que avalia 32 itens por “uma escala ordinal de frequência que varia entre 1 e 5 e que integra 7 dimensões: implicações na vida pessoal do cuidador (11 itens); satisfação com o papel e o familiar (5 itens); reações a exigências (5 itens); sobrecarga emocional relativa ao familiar (4 itens); suporte familiar (2 itens); sobrecarga financeira (2 itens); e perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo (3 itens)” (Martins *et al.*, 2004: 20). Este relatório focou-se com maior precisão numa análise qualitativa da “perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo”, onde é avaliada a capacidade do cuidador para a prestação de cuidados ao seu familiar e os seus conhecimentos (“consegue fazer a maioria das coisas”; “capacidade para continuar”; e “conhecimentos suficientes ou experiência”), permitindo assim identificar as necessidades e dificuldades do cuidador com vista ao desenvolvimento de um programa de capacitação.

As subescalas “Satisfação com o Papel e com o Familiar”, “Suporte Familiar” e “Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo” são consideradas forças positivas, pelo que as pontuações obtidas nos seus itens são invertidas para que os valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou sobrecarga (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003). Embora esta escala não apresente ainda pontos de corte estabelecidos, a análise efetuada pela Professora Doutora Teresa Martins sugere que da aplicação do QASCI resultam os seguintes resultados: 0, ausência de sobrecarga; 1-25, sobrecarga ligeira; 25-50, sobrecarga moderada; 50-75, sobrecarga grave; e uma pontuação maior que 75 corresponde a uma sobrecarga extremamente grave. No que respeita à sua aplicação, o QASCI pode ser preenchido pelo próprio cuidador, desde que este demonstre capacidade e disponibilidade. Ou então, pode ser aplicado através de entrevista, requerendo cerca de 20 minutos para a sua aplicação (Martins *et al.*, 2004).

De acordo com Rodrigues (2011) e Martins *et al.* (2004), para que as pontuações finais de cada subescala apresentem valores homogéneos e comparáveis é aplicada uma fórmula. Nesta, os itens de cada dimensão são somados e a esse valor é subtraído o valor mínimo possível da subescala; este resultado é posteriormente, dividido pela diferença entre o valor máximo e o valor mínimo possível na subescala, e seguidamente multiplicado por 100, para que a leitura possa ser efetuada em percentagem.

O QASCI, de acordo com o estudo de Martins *et al.* (2003), mostrou critérios satisfatórios de fidelidade e validade. E aplicando o questionário a cuidadores de pessoas com outras patologias crônicas verificou-se quanto às suas propriedades psicométricas que a consistência interna da escala global foi de 0.90, e em 6 das subescalas este valor foi superior a 0,70, indicando estes resultados uma boa correlação entre todos os itens do questionário e uma boa homogeneidade dos itens. Assim, verificou-se mais uma vez que o QASCI reúne critérios de fidelidade, validade, e estabilidade para avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais (Martins *et al.*, 2003).

Para a utilização do QASCI no projeto de intervenção profissional descrito neste relatório foi pedida autorização à Professora Doutora Teresa Martins (Anexo I).

2.3.3 - Plano de Intervenção

Um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação deve ser individualizado e adequado às necessidades da pessoa (Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; Bjartmarz *et al.*, 2017). Além disso, deve também garantir a continuidade dos cuidados no domicílio, e prevenir complicações, otimizando os recursos existentes, quer físicos ou materiais, e promovendo a evolução da autonomia da pessoa, numa parceria com a família/cuidadores (Santos, 2017). Pelo que é fundamental proceder a uma correta avaliação da pessoa, quer em termos físicos, psicológicos, sociais ou mesmo económicos. De entre estes domínios destacam-se a avaliação da dependência nas AVD's, a avaliação da função motora e neurológica, bem como a avaliação das condições sociais e económicas, incluindo o cuidador e condições do domicílio (Bjartmarz *et al.*, 2017; Cavalcante *et al.*, 2018; Klink *et al.*, 2015).

No que respeita à intervenção do EEER “a conceção, implementação e monitorização de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades na pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade”, pode ser um importante contributo para a sua tomada de decisão (OE, 2018a: 7).

No Estágio de Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia foi desenvolvido um plano de intervenção dirigido à pessoa com fratura proximal do fémur visto que era a problemática mais recorrente. Por ser um acontecimento inesperado, com alterações tanto na independência funcional da pessoa bem como na dinâmica familiar, procurou-se incluir o cuidador informal no processo de reabilitação desde o início do internamento, com vista a programar a alta e promover a continuidade dos cuidados através da sua capacitação para a prestação dos mesmos (Martins & Mesquita, 2016). Assim, o plano de intervenção do EEER incluiu os períodos pré e pós-operatório. No que respeita à avaliação dos resultados da intervenção do EEER optou-se por fazer uma avaliação inicial ou diagnóstica no dia do 1.º levante após a intervenção cirúrgica; e uma avaliação final ou após

intervenção no dia da alta, de forma a avaliar a evolução da pessoa no pós-operatório e a determinar os ganhos obtidos.

	INTERVENÇÕES	OBJETIVO
PRÉ-OPERATÓRIO - Preparar o doente para fase seguinte de reeducação no pós-operatório, diminuindo a dificuldade promovida pela dor, desconhecimento e ansiedade (Cruz <i>et al.</i> , 2009)	Avaliação da Pessoa na Admissão - Exame físico e caracterização sociodemográfica (Menoita, 2012). - Avaliação da Força Muscular (Escala de Lower); da sua funcionalidade (ENCS); do nível de independência nas AVD's (Índice de Barthel) (Sousa & Carvalho, 2017; Martins & Mesquita, 2016). Reeducação Funcional Respiratória (RFR) - Consciencialização da Respiração ("Cheirar a flor" e "Soprar a vela"); - Exercícios de RFR abdomino-diafragmáticos; - Exercícios de reeducação costal (OE, 2018b). Reeducação Funcional Motora - Exercícios Isométricos: Contrações isométricas dos abdominais, glúteos e quadríceps; - Exercícios Isotónicos: <ul style="list-style-type: none"> Mobilizações ativas livres, assistidas e Resistidas do Membro inferior são e dos membros superiores; Mobilizações ativas livres e assistidas da articulação tibiotársica e dos dedos do Membro Inferior com fratura proximal do fémur, conforme tolerância do doente; - Exercícios para realização da ponte (com auxílio de trapézio); - Exercícios para realização de rolamentos; - Exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores com auxílio de trapézio (Cruz <i>et al.</i> , 2009; Sousa & Carvalho, 2017). Preparação para a Alta - Conhecimento do nível de independência da pessoa antes de fraturar o membro; - Conhecimento das condições do domicílio e do suporte familiar/amigos ou cuidadores (Graça <i>et al.</i> , 2018). - Contacto com o cuidador principal e exposição da situação da pessoa e do potencial para recuperação. - Referenciação do doente para RNCCI após alta (se necessário).	- Elaborar um programa de reabilitação individualizado e adequado às necessidades da pessoa (Cruz <i>et al.</i> , 2009) - Melhorar ventilação alveolar e prevenir complicações no pós-operatório, como atelectasias e pneumonias (Sousa & Carvalho, 2017). - Prevenir complicações da imobilidade, reduzir o edema, melhorar a contratilidade e força dos músculos comprometidos, fortalecer os músculos abdominais, dos membros superiores e membro inferior contralateral (Sousa & Carvalho, 2017) - Garantir a continuidade dos cuidados na comunidade, quer pela família ou instituições de saúde ou sociais (Martins & Mesquita, 2016)
PÓS-OPERATÓRIO - Maximizar o estado funcional da pessoa no que respeita à mobilidade e independência na realização das AVD's (Cruz <i>et al.</i> , 2009) - Contribuir para que a pessoa retorne às condições pré-cirúrgicas, e recupere a sua independência	Reeducação Funcional Respiratória (Mantém intervenção iniciada no pré-operatório) Reeducação Funcional Motora (Mantém intervenção iniciada no pré-operatório) - Nos Exercícios Isotónicos para o membro operado: Mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas de todos os segmentos, conforme tolerância e dor (Cruz <i>et al.</i> , 2009; Sousa & Carvalho, 2017). Promover a Funcionalidade da Pessoa - Promover o controlo da Dor; - 1.º Levante (2.º dia de Pós-Operatório); - Promover o Autocuidado; - Ensinos e treino relativos ao Posicionamento no leito, Equilíbrio, Transferir-se, Andar com auxílio de Marcha e Prevenção de quedas (Sousa & Carvalho, 2017). - Promover a Consciencialização do doente e aceitação do seu estado de saúde;	- Aumentar progressivamente o trabalho muscular e a sua intensidade nos grupos musculares motores da anca (Cruz <i>et al.</i> , 2009) - Promover o conforto e colaboração do doente através de medidas de alívio da dor e de uma comunicação eficaz (Cruz <i>et al.</i> , 2009) - Promover o 1.º levante precoce, de modo a prevenir complicações da imobilidade e incentivar

funcional e qualidade de vida (Graça <i>et al.</i> , 2018)	<p>- Incentivar ao envolvimento da pessoa nos cuidados e à tomada de decisão; - Dar reforço positivo nos Progressos.</p> <p>Avaliação no dia do 1.º Levante e no dia da Alta</p> <p>- Avaliação da Força Muscular (Escala de Lower); do Autocuidado (Índice de Barthel); do Equilíbrio; da Capacidade para se transferir; da Capacidade para andar com auxiliar de marcha; do Conhecimento sobre Exercícios musculares e articulares, Andar com auxiliar de marcha e Transferir-se; - Avaliação da funcionalidade através do ENCS.</p> <p>Cuidador Informal</p> <p>- Envolver do cuidador informal no processo de cuidados e preparação para alta; - Avaliar o Conhecimento do Cuidador Informal acerca da situação da pessoa e dos cuidados a ter (posicionamentos no leito, exercícios musculo articulares, transferências, andar com auxiliar de marcha e prevenção de quedas); - Ensinos e treino com o cuidador relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de Quedas (p.e. retirar tapetes, disposição de móveis e objetos, calçado antiderrapante, ...); • Transferências cama/cadeirão ou cadeira de rodas; • Andar com auxiliar de marcha (andarilho ou canadianas); • AVD's; • Uso de estratégias adaptativas e produtos de apoio (Alteador de Sanita, Tábua para Banheira, Banco ou cadeira higiénica para Poliban, Esponjas de cabo longo, Calçadeiras, etc.); • Adequação das condições do domicílio (p.e. disposição da cama e cadeirão) (Graça <i>et al.</i>, 2018; Martins & Mesquita, 2016; Sousa & Carvalho, 2017). 	ao autocuidado (OE, 2013)
		<p>- Permitir a atualização continua do plano de intervenção da pessoa, conforme as suas necessidades (Cruz <i>et al.</i>, 2009)</p> <p>- Conhecer a experiência do cuidador informal e as suas necessidades (Graça, <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Envolver o cuidador informal no programa de reabilitação, ajudando-o a encontrar estratégias para promover a funcionalidade da pessoa (Rocha <i>et al.</i>, 2016)</p>

Tabela 3 - Plano de Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Unidade de Ortopedia.

Na prossecução do projeto de intervenção profissional, foi desenvolvido um plano de intervenção baseado no modelo de capacitação para autocuidado apresentado anteriormente e na RSL realizada no âmbito da temática abordada, onde foram identificadas intervenções relacionadas com os indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Indo de encontro ao que nos diz a teoria de Lopes (2006), na fase diagnóstica, foi feita uma avaliação inicial e colheita de dados, de modo a determinar as necessidades da pessoa/cuidador e a definir prioridades. E foram também tidos em conta os conhecimentos que a pessoa/cuidador apresentavam, as suas preocupações, capacidades e estratégias adaptativas (Lopes, 2006).

Na fase de intervenção terapêutica, o enfermeiro dirige a sua intervenção intencional à pessoa/cuidador, e neste processo ocorre uma interação/gestão conjunta de sentimentos e informações entre os mesmos (Lopes, 2005). Posto isto, o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação que se segue, baseou-se na interação pessoa/cuidador – Enfermeiro de Reabilitação, tendo-se como objetivo a capacitação (Gibson, 1991) da pessoa/cuidador para o autocuidado, bem como a promoção da sua funcionalidade.

Na avaliação do cuidador foi utilizado o QASCI, que apenas foi aplicado num primeiro momento de intervenção por o verdadeiro objetivo da sua aplicação ser apenas a avaliação dos mecanismos de defesa e controlo do cuidador, e não avaliar a sua sobrecarga. Pois não existem escalas validadas para avaliar os conhecimentos e função do cuidador e, dado o curto período a que se refere a elaboração deste relatório não nos seria possível obter alterações significativas em relação a uma possível diminuição da sobrecarga do cuidador informal após a nossa intervenção.

No entanto, dado que o objetivo era a capacitação do cuidador no decorrer da intervenção percebemos que era necessário identificar quais as suas necessidades de aprendizagem. Pois para que este se possa adaptar à sua nova função, necessita de apoio e deve ser alvo da avaliação do EEER, de modo a determinar as suas potencialidades, habilidades e competências, bem como as suas vulnerabilidades, necessidades e pontos críticos. Além disso, só assim é possível delinear um plano de acompanhamento e contribuir para a qualidade dos cuidados prestados (Araújo & Martins, 2016), bem como para a sua continuidade.

Embora existam diversos instrumentos que avaliam a sobrecarga do cuidador informal, no que respeita às suas capacidades e às suas necessidades de aprendizagem os recursos na literatura atual são ainda muito escassos. Assim, para efetuar a identificação das necessidades de aprendizagem e um acompanhamento e validação dos ensinamentos feitos ao cuidador, desenvolvemos inicialmente uma *checklist* (Apêndice I). Os indicadores incluídos na mesma refletiram os resultados obtidos na RSL elaborada, bem como as áreas de intervenção do EEER e as necessidades identificadas junto dos diferentes cuidadores da pessoa dependente em processo de reabilitação, junto dos quais intervimos em contexto de prática clínica durante o Estágio Final (1 – Alimentação, 2 - Levante/ Transferência, 3 – Comunicação, 4 - Uso do Sanitário, 5 – Higiene, 6 – Vestuário, 7 - Eliminação intestinal, 8 - Eliminação vesical, 9 – Posicionamento, 10 - Marcha/ Auxiliares de Marcha, 11 - Controlo da Dor, 12 - Exercícios terapêuticos, 13 - Produtos de Apoio, 14 - Prevenção de quedas, e 15 - Prevenção de Úlceras por Pressão).

Para avaliar os indicadores referidos foi utilizada uma escala tipo *likert* com 5 pontos, tal como proposto pela CIF e conforme preconizaram Lopes & Fonseca (2013) para a construção do ENCS. Nesta, é feita uma apreciação das competências e conhecimentos que o cuidador apresenta e, uma avaliação da sua capacidade de resposta às necessidades da pessoa cuidada: 1. Não há Problema (0-4%, apresenta conhecimentos e competências práticas que lhe permitem satisfazer todas as necessidades da pessoa cuidada. E/ou não existe necessidade de formação nesta área); 2. Problema Ligeiro (5-24%, apresenta conhecimentos e competências práticas que lhe permitem satisfazer quase todas as necessidades da pessoa cuidada); 3. Problema Moderado (25-49%, apresenta alguns conhecimentos e competências práticas. No entanto, tem dificuldades no cuidado, não conseguindo satisfazer as

necessidades da pessoa cuidada); 4. Problema Grave (50-95%, apresenta alguns conhecimentos, mas não tem quaisquer competências práticas que lhe permitam satisfazer as necessidades da pessoa cuidada); e 5. Problema Completo (96-100%, não apresenta qualquer conhecimento ou competência prática que lhe permita satisfazer as necessidades da pessoa cuidada).

Após aplicação da *checklist* chegou-se à conclusão de que poderíamos estar perante um conjunto de indicadores necessários para a prática do EEER. Pelo que, começámos em colaboração com o *Comprehensive Health Research Centre* (no âmbito do Projeto financiado poctep 0445_4ie_4), o início do desenvolvimento da “Escala de Avaliação das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal”. O início do seu processo de construção decorreu da imperiosidade do Enfermeiro de Reabilitação avaliar o cuidador informal com o objetivo de o capacitar para a prestação de cuidados à pessoa dependente em processo de reabilitação. E no decorrer da aquisição de competências no âmbito deste percurso académico foi cumprida a primeira fase de validação dos seus indicadores. Perspetiva-se concluir o processo de validação desta escala num futuro próximo. Pois nas áreas de investigação prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025, no que respeita à avaliação de Enfermagem de Reabilitação, a OE (2015a: 5) refere a “Validação de escalas”.

Relativamente à pessoa, visto ser a funcionalidade um dos objetivos da intervenção do EEER, além do Índice de Barthel, foi utilizado como instrumento diagnóstico o ENCS (Lopes & Fonseca, 2013), que foi contruído a partir da CIF (CIF, 2004) e que tem por objetivo a avaliação da funcionalidade em idosos. Assim, o plano de intervenção está estruturado de acordo com os domínios em que a pessoa desenvolve as suas ações de autocuidado (Domínio Físico, Domínio Cognitivo, Domínio Comportamental, Domínio Emocional ou Psicossocial) (Orem, 2001) e de acordo com os conceitos do ENCS (Autocuidado, Aprendizagem e Funções Mentais, Comunicação e Relações com amigos e cuidadores), distribuindo-se as intervenções pelos respetivos códigos avaliados no instrumento mencionado anteriormente (p.e. Deslocar-se utilizado algum tipo de equipamento, d465). E, tendo por base o Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013), após ser feita a descrição do nível funcional através do ENCS (não há problema, problema ligeiro, problema moderado, problema grave e problema completo), foi determinado o défice de autocuidado para cada pessoa (Autocuidado na Atividade, Défice de Autocuidado Terapêutico Moderado e Défice de Autocuidado Terapêutico Completo e Grave) e foram determinadas as suas necessidades de cuidados de enfermagem em cada situação.

DOMÍNIOS ²⁰	INTERVENÇÕES ²¹
FÍSICO	<p>Sensação de dor (b280)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alívio da dor, por exemplo através de massagem e relaxamento (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Sousa & Carvalho, 2017). - Otimização da terapêutica farmacológica (Brunani <i>et al.</i>, 2015). <p>Funções da Respiração (b440)</p> <p>Reabilitação Funcional Respiratória (Brunani <i>et al.</i>, 2015) através de ensino e treino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente calmo e de confiança; - Explicar os procedimentos à pessoa, e a importância da sua participação; - Posicionar a pessoa de forma confortável e funcional; - Promover a consciencialização e controlo da respiração; - Expiração com os lábios semicerrados; - Reeducação diafragmática; - Reeducação costal global com bastão; - Abertura costal seletiva à esquerda e direita, com ou sem dispositivo de fortalecimento muscular; - Ensino da Tosse (Dirigida ou Assistida); Drenagem Postural e Manobras acessórias (Percussão, Vibração, Compressão, Vibrocompressão); - Aspiração de secreções; - Reeducação no esforço (p.e. na realização das AVD's) (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018b) <p>10 repetições para cada exercício, 2-3x dia (10-30 minutos) (OE, 2018b)</p> <p>Mudar a posição básica do corpo (d410); Manter a Posição básica do Corpo (d415); Utilização da Mão e do Braço (d445); Andar (d450); Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465)</p> <p>Reabilitação Funcional Motora através de ensino e treino (Coelho, Barros, & Sousa, 2017):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento no leito (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018) - Exercícios Isométricos: Contrações isométricas dos grupos musculares dos membros superiores e inferiores, abdominais e glúteos; - Exercícios Isotónicos: Mobilizações ativas, ativas assistidas e/ou resistidas de todos os segmentos corporais e em todas as amplitudes de movimento (Coelho <i>et al.</i>, 2017). - Exercícios para realização da ponte, rolamentos e rotação controlada da anca (Coelho <i>et al.</i>, 2017; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018). - Exercícios para a pessoa com alteração da função sensorial (facilitação cruzada; indução de restrições; posicionamento em padrão anti-espástico; estimulação multissensorial; carga no cotovelo; automobilizações; rolar, ponte; rotação controlada da anca) (Menoita, 2012; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Klinker <i>et al.</i>, 2015). - Exercícios de fortalecimento muscular (p.e. dos membros superiores com auxílio de garrafa de água) (Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014). - Estimulação tátil, cinestésica e verbal, durante a realização de exercícios terapêuticos (Imhof <i>et al.</i>, 2015). - Atividade aeróbia ao ar livre (Kadda <i>et al.</i>, 2016; Brunani <i>et al.</i>, 2015). - Uso de meios audiovisuais (aplicações e vídeos no telemóvel) para estimular a pessoa para a realização de exercícios (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015). - Exercício terapêutico durante 30 minutos/dia (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014). <p>2 séries 10x para cada segmento/exercício com repetição de 3-4 vezes dia</p> <p>Treino de Equilíbrio Corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrução sobre correção postural (Kisner & Colby, 2016). - Treino equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado (sentado na beira da cama com os pés apoiados no chão) (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015).

²⁰ Orem (2001)

²¹ Lopes & Fonseca (2013)

	<p>- Treino de equilíbrio na posição ortostática com ou sem apoio fixo (andarrilho) (Coelho <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>- Realização dos exercícios de treino de equilíbrio corporal com controlo da respiração (Coelho <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>5x cada exercício por sessão</p> <p>Levante e Transferências</p> <p>- Treino de transferências da cama para cadeira de rodas/cadeirão (Coelho <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>- Ensino sobre técnica de adaptação para transferir-se (uso de tábua de transferência, andarrilho) (OE, 2018c).</p> <p>- Treino de sentar-se e levantar-se (Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>- Treino de técnica para pôr-se de pé com auxílio de andarrilho (OE, 2018c).</p> <p>Treino de Marcha (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>- Ensino e treino de marcha com uso de produtos de apoio (andarrilho, tripé, canadianas) (Brunani <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>- Treino de subir e descer escadas.</p> <p>- Treino de marcha controlada com medição das distâncias percorridas (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Prevenção de Complicações (Aadal <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>- Instrução sobre técnica de execução de exercício muscular e articular e sobre posicionamento do pé para prevenção de pé equino (OE, 2018c).</p> <p>- Ensino sobre condições de risco para rigidez articular e, treinar e incentivar à execução de exercícios musculares e articulares (OE, 2018c).</p> <p>- Ensino sobre prevenção de UP's (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>- Ensino sobre prevenção de quedas (p.e. retirar tapetes, disposição de móveis e objetos, calçado antiderrapante, ...) (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Booth <i>et al.</i>, 2019).</p> <p>- Ensino sobre fatores de risco e prevenção de doenças cardiovasculares (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Kadda <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>- Orientações sobre a nutrição e estilo de vida (Kadda <i>et al.</i>, 2016; Brunani <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>- Promoção da higiene oral, de modo a prevenir infeções, promover o conforto, melhorar a deglutição e reduzir o risco de aspiração (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>Realizar a Rotina diária (d230), Cuidar das Partes do Corpo (d520), Lavar-se (d510), Vestir-se (d540), Comer (d550), Beber (d560), Cuidados Relacionados com os Processos de excreção (d530), Funções da defecação (b525), Estruturas das áreas da Pele (s810)</p> <p>Treino de AVD's</p> <p>- Inclusão de exercícios orientados durante a realização das AVD's (Bjartmarz, <i>et al.</i>, 2017; Imhof <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>- Utilização de equipamento adaptativo para realização das AVD's (Brunani <i>et al.</i>, 2015; Menoita, 2012).</p> <p>- Ensino, supervisão e treino de AVD's (vestir/despier, comer/beber, higiene) (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017).</p> <p>- Estimulação tátil, cinestésica e verbal, durante a realização das AVD's (Imhof <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>- Capacitação e formação da equipa multidisciplinar (p.e. apoio domiciliário) para o cuidado ao doente em reabilitação (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>- Treino da deglutição (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Braga, 2017).</p> <p>- Aconselhar relativamente à higiene e hidratação da pele (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>- Realizar ensinamentos sobre a prevenção da obstipação e treino intestinal (p.e. alimentação, terapêutica farmacológica, exercícios no leito, etc.) (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Rocha & Redol, 2017).</p> <p>- Cuidados na incontinência vesical e ao cateterismo urinário (treino vesical) (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Rocha & Redol, 2017).</p>
COGNITIVO E COMPORTAMENTAL	<p>Funções da orientação (b114), Funções da atenção (b140), Funções da memória (b144), Funções da consciência (b110), Funções cognitivas de nível superior (b164)</p> <p>- Estimulação cognitiva (exercícios de cálculo, escrita, leitura, memória visual, terapia de reminiscência) (Branco & Guerreiro, 2011; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o doente a participar na elaboração do seu plano de cuidados (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017). - Estimulação do doente com <i>neglect</i> hemiespacial (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017): vibração contra lesional do pescoço, estimulação emocional, treino para estimulação dos membros, treino de imagens mentais, terapia do espelho, terapia musical, oclusão ocular alternada, movimentos suaves com os olhos, realidade virtual e treino baseado em computadores, e treino com estimulação tátil e visual (Klinke <i>et al.</i>, 2015). - O uso de uma aplicação no telemóvel ou tablet com instruções e vídeos sobre exercícios que o doente pode realizar e escolher, e que contém alertas para que este não se esqueça, funcionando como estímulo cognitivo (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015). <p>Falar (d330), Conversação (d350), Comunicar e receber mensagens (d310), Relacionamentos Familiares (d760)</p> <p>Reeducação na Afasia/Disartria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reeducação na Afasia e Disartria (Branco & Guerreiro, 2011; Gil, Faria, Bispo, Barbosa, & Figueiredo, 2020; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018). - Nas afasias com défices motores severos como a afasia de nomeação, recorrer a sistemas de comunicação não verbal, nomeadamente cadernos com símbolos (associação e nomeação de objetos, descrição de situações, cálculo, etc.) (Branco & Guerreiro, 2011; Gil <i>et al.</i>, 2020). - Realização de exercícios labiais, linguais e de expressão facial (Menoita, 2012; Branco & Guerreiro, 2011). - Incentivar a pessoa a comunicar (Varanda & Rodrigues, 2017; Gil, <i>et al.</i>, 2020). - Falar com o cuidador e familiar ao mesmo tempo, de modo a facilitar um mútuo entendimento da situação e estabelecer uma relação com os mesmos (Aadal <i>et al.</i>, 2018). - Ensinos sobre a doença e as suas implicações e fornecimento de material de apoio, por exemplo no formato de panfletos (Brunani <i>et al.</i>, 2015; Loft <i>et al.</i>, 2017). - Interação com profissionais de saúde, outros doentes e familiares (Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014).
EMOCIONAL OU PSICOSSOCIAL	<p>Funções emocionais (b152), Profissionais de saúde (e335), Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340), Família Próxima (e310), Amigos (e320)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover o diálogo e a negociação dos cuidados, definindo expectativas realistas (Aadal <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017). - Escutar a pessoa, procurando reconhecer as suas dificuldades e expectativas (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018). - Cuidado emocional e ensino sobre estratégias de <i>coping</i>, disponibilizando tempo (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Loft <i>et al.</i>, 2017). - Dar reforço positivo e promover a motivação (Imhof <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017). - Incentivar a pessoa a participar na tomada de decisão sobre o seu plano de cuidados (Loft <i>et al.</i>, 2017; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017). - Individualizar o processo de cuidados à pessoa em reabilitação e oferecer mapa de cuidados (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014). - Diminuir os níveis de ansiedade e depressão, através do aumento da intensidade e tempo de intervenção (Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2014). <p>Capacitação do Cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar ajuda e tempo para falar com o cuidador (Aadal <i>et al.</i>, 2018; Gil <i>et al.</i>, 2020; Sequeira, 2018). - Promover o diálogo e a negociação dos cuidados com o cuidador (Aadal <i>et al.</i>, 2018). - Incentivar o cuidador a falar sobre as suas dificuldades, medos, sentimentos e expectativas (Aadal <i>et al.</i>, 2018; Sequeira, 2018). - Apoiar o cuidador psicologicamente e fornecer-lhe estratégias e suporte para lidar com a sua nova função (Aadal <i>et al.</i>, 2018), de modo a contribuir para reduzir o cansaço e sobrecarga, bem como os níveis de ansiedade e depressão (Imhof <i>et al.</i>, 2015; Vloothuis, <i>et al.</i>, 2015). - Envolver do cuidador informal no processo de cuidados (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017). - Instruir sobre as necessidades de cuidados e estratégias que facilitem a prestação de cuidados (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018; Sequeira, 2018).

	<ul style="list-style-type: none">- Instruir sobre AVD's e fazer treino de atividades a executar no domicílio (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Aadal <i>et al.</i>, 2018; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017; Loft <i>et al.</i>, 2017; Klinker <i>et al.</i>, 2015)- Orientar sobre técnicas específicas (banho, mobilizações, etc.), sobre o uso de produtos de apoio e sobre a importância de manter a atividade da pessoa dependente (deambulação, exercícios, estimulação cognitiva e sensorial, participação social, etc.) (Sequeira, 2018).- Orientar sobre como manter um ambiente adequado e sobre a prevenção de complicações, como quedas ou UP's (Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Sequeira, 2018).- Orientar sobre a doença, regime terapêutico e o processo de reabilitação (Sequeira, 2018; Cavalcante <i>et al.</i>, 2018; Brunani <i>et al.</i>, 2015)- Ensino de exercícios terapêuticos ao cuidador (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015; Bjartmarz <i>et al.</i>, 2017)- Fazer exercícios em conjunto com o cuidador, de modo a aumentar também a sua capacidade funcional (Vloothuis <i>et al.</i>, 2015);- Incentivar o cuidador a participar em atividades em atividades sociais, grupos de autoajuda e outros serviços de apoio, se necessário;- Orientar o cuidador para as necessidades de vigilância da sua saúde;- Incentivar o cuidador a manter contactos sociais e a realizar atividades que lhe transmitam satisfação e bem-estar;- Orientar o cuidador para se centrar nos aspetos positivos;- Supervisionar fatores predisponentes de sobrecarga e incentivar o cuidador a cuidar de si próprio e a utilizar técnicas de alívio do <i>stress</i>;- Incentivar a família e outros elementos próximos a apoiar o cuidador principal;- Informar sobre as formas de solicitar ajuda (suporte social, recursos da comunidade e outros) e sobre estratégias de resolução de problemas (Sequeira, 2018).
--	---

Tabela 4 - Plano de Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

2.3.4 - Considerações Éticas

A realização do presente relatório teve em conta a salvaguarda dos direitos de autor, regendo-se pelas regras de coautoria, através da citação e referenciação de autores, atendendo aos princípios da verdade e honestidade intelectual e às questões éticas inerentes (Nunes, 2013).

Além disso, uma vez que tem na sua génese o estudo de caso, que inclui pessoas alvo da prestação de cuidados do EEER com direito à sua dignidade, privacidade e confidencialidade, todas e quaisquer menções aos mesmos são feitas através de códigos, não permitindo, nunca, identificar a pessoa ou cuidador a quem os dados pertencem. A codificação só será do nosso conhecimento, garantindo o seu total anonimato. E, não são utilizadas iniciais de nomes, datas de nascimento, e números ou quaisquer outros símbolos que possam identificar as pessoas alvo dos cuidados do EEER. Posteriormente, após a apresentação do Relatório de Estágio, toda a informação acerca de cada participante será destruída.

Aquando da implementação do processo de cuidados este foi dado a conhecer às pessoas nele incluídas, garantindo o seu consentimento informado, livre e esclarecido (DGS, 2013). Assim, foram explicados os objetivos do mesmo e dadas garantias relativamente ao anonimato e à confidencialidade dos dados às pessoas alvo dos cuidados e respetivos cuidadores. No sentido de garantir o seu “Consentimento informado, esclarecido e livre”, foi desenvolvido um documento com o objetivo de

dar a conhecer o projeto aos participantes, assegurando todas as questões éticas e deontológicas inerentes à sua participação (Apêndice II).

Convém ainda referir que todas e quaisquer intervenções realizadas, tiveram em conta os princípios fundamentais da excelência dos cuidados e da ética profissional, bem como o código deontológico inerente à profissão de Enfermagem e os regulamentos de competências comuns e específicas da área de especialização de enfermagem de reabilitação. Pois de acordo com a sua deontologia profissional “o enfermeiro assume o dever de (...) proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...)” (Lei n.º 156/2015: 8079). E deve desenvolver “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento n.º 140/2019: 4745).

A elaboração deste relatório, correspondente à implementação de um plano de intervenção nele descrito, que não comportou quaisquer custos adicionais quer para a instituição em que se realizou o estágio, quer para as pessoas incluídas no mesmo. Como tal, não foi necessária a realização de um orçamento ou protocolo financeiro. Os recursos a utilizar foram meramente informáticos ou em suporte de papel, sendo estes da nossa responsabilidade.

O projeto de intervenção profissional desenvolvido foi enviado à Comissão de Ética para a Saúde da ARS em que foi desenvolvido o Estágio Final no dia 26 de setembro de 2019, de modo a requerer a sua autorização para implementação do mesmo. Por não ter sido obtida resposta foi submetido novo pedido de autorização à referida comissão de ética a 13 de dezembro de 2019. A este obtivemos resposta a 16 de janeiro de 2020, questionando se era possível alargar o prazo de implementação do projeto. Nesse sentido, foi contactado o Diretor do Mestrado em Enfermagem em Associação, que permitiu prolongar o prazo de recolha de dados para concretização do projeto, visto que ainda nos encontrávamos dentro do período regulamentar concedido pelo IPP. No entanto, o projeto só foi discutido na reunião de 7 de fevereiro e a resposta só foi transmitida a 28 de fevereiro, emitindo parecer favorável (Anexo II).

Visto não nos ter sido concedida autorização da comissão de ética em tempo útil, a implementação do projeto de intervenção profissional sustentou-se na autorização prévia para realização do estágio, bem como na aprovação do projeto pelo conselho técnico-científico da ESS do IPP. Deste modo, não foram feitas quaisquer referências passíveis de identificar a instituição ou unidade de saúde em que o Estágio Final decorreu. Relativamente aos utentes, o anonimato destes foi também sempre assegurado como referido. O mesmo acontece com o Estágio de Enfermagem de Reabilitação. Pois na altura em que este decorreu, ainda não havia autorização para o incluir no Relatório de Estágio do mestrado, pelo que não foi solicitada qualquer autorização à comissão de ética da instituição em causa.

2.4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, seguindo a metodologia de estudo de caso de Yin (2015), serão apresentados os resultados obtidos durante a realização do Estágio de Enfermagem de Reabilitação, bem como os resultados obtidos no Estágio Final, após a intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação junto das diferentes pessoas alvo dos cuidados.

Para cada pessoa será feita uma descrição e reflexão sobre cada caso (Colheita e Análise dos Dados), conforme a segunda fase descrita por Yin (2015). Pelo que, inicialmente será apresentada a caracterização sociodemográfica da amostra, em que foram tidas em conta as variáveis: idade, género, nacionalidade, estado civil, profissão, agregado familiar, residência e grau de parentesco. De forma a garantir o anonimato dos diferentes participantes, como já referido, serão utilizadas letras associadas a números, preservando assim a privacidade e confidencialidade dos dados.

Para tratamento estatístico dos dados foram utilizados a plataforma ENCS e o Microsoft Excel. E além do ENCS, do Índice de Barthel e do QASCI, foram também tidos em conta outros instrumentos e métodos de avaliação utilizados pelo EEER como a Escala de Avaliação da Força Muscular de Lower ou a Avaliação do Equilíbrio Corporal, entre outros. De forma a descrever a intervenção do EEER junto de cada pessoa e do respetivo cuidador, para cada caso será apresentado um breve resumo, explicitando os dados clínicos, antecedentes pessoais, contexto familiar e condições habitacionais e comunitárias, bem como a evolução de cada pessoa. Os dados obtidos em cada avaliação, através do ENCS e do Índice de Barthel, serão apresentados nos quadros respetivos a cada caso.

2.4.1 - Estágio de Reabilitação

O Estágio de Reabilitação decorreu numa Unidade de Ortopedia de um Hospital Distrital e teve a duração de 6 semanas. No período mencionado foram feitas três intervenções semanais da nossa parte. No entanto, a intervenção do EEER nesta unidade é continuada e em todos os dias úteis está sempre presente um EEER.

Por se tratar de uma fase inicial de intervenção, no Estágio de Enfermagem de Reabilitação apenas foram considerados os doentes para avaliação e, não os cuidadores, embora também tenham sido alvo de intervenção. Este estágio decorreu num curto espaço de tempo e apenas foram consideradas 3 pessoas para a amostra (P1, P2 e P3), para as quais foram feitas uma avaliação inicial e uma avaliação final, em que foram considerados os instrumentos Índice de Barthel e o ENCS.

De seguida é apresentada a caracterização sociodemográfica de cada um dos participantes, bem como um breve resumo da avaliação e intervenção feita junto dos mesmos.

	P1	P2	P3
Idade	76 anos	79 anos	80 anos
Género	Feminino	Feminino	Masculino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado Civil	Casada	Casada	Casado
Agregado Familiar	Marido (Cuidador), Genro e Duas Netas (>18anos)	Marido (Cuidador)	Mulher, Filho (Cuidador), Nora e Neta (>18anos)
Nível de Escolaridade	4.ª classe	Não completou a 4.ª classe (sabe ler e escrever)	4.ª Classe
Profissão	Trabalhadora Rural (Reformada)	Doméstica (Reformada)	Padeiro (Reformado)
Residência	Zona Rural	Zona Urbana	Zona Rural

Tabela 5 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra incluída no Estágio de Enfermagem de Reabilitação.

Fazendo uma breve análise sociodemográfica da população em questão é possível perceber que se trata maioritariamente de indivíduos do sexo feminino (66,67%), com uma média de idades de 78,3 anos e com um desvio padrão de 2,08, todos eles de nacionalidade portuguesa, casados, reformados, e com baixo nível de escolaridade. Quanto à residência 66,67% vivem em zonas rurais e 33,33% vivem em zona urbana. No que diz respeito aos cuidadores, nos casos de P1 e P2 é o marido. E também eles já são idosos. E, no caso de P3 o cuidador é o filho, que se encontra em idade ativa e que é proprietário de uma padaria junto à sua casa, facilitando a prestação de cuidados a P3.

Estudo de Caso P1

Pessoa do género feminino com 76 anos de idade, de raça caucasiana, vive com o marido, com o genro e duas netas maiores de idade. Previamente autónoma na realização das suas AVD's. Mas já com antecedentes de quedas. Tem como comorbilidades: Epilepsia Vascular, HTA e é portadora de *Pacemaker*. Desconhece alergias. Tem insuficiência económica. E tem como acontecimento de vida significativo o falecimento da filha com cerca de 50 anos, há menos de 1 ano, por doença oncológica.

Após queda no domicílio, recorreu ao serviço de urgência do hospital da sua área de residência e foi-lhe diagnosticada fratura intertrocanterica do fémur à direita. Foi internada no serviço de ortopedia do mesmo hospital, sendo que na admissão se encontrava calma, consciente e orientada. Queixosa, com dor no membro inferior direito, com agravamento à mobilização. Esteve 6 dias em repouso no leito com tração cutânea do membro inferior direito, tendo sido depois sujeita a cirurgia para encavilhamento cefalomedular sob bloqueio subaracnoideo. Teve como intercorrências no pós-operatório anemia aguda com necessidade de transfusão de duas unidades de concentrado de

eritrócitos; hipotensão (que reverteu com medidas farmacológicas); e agitação psicomotora, com necessidade de contenção no leito e administração de terapêutica.

Fez o 1.º levante 2 dias após a cirurgia com meias elásticas e com indicação para fazer carga parcial no membro inferior direito, que tolerou. Apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e equilíbrio reduzido na posição de pé. Quanto à escala para avaliação da Força Muscular de Lower apresentava 4/5 no membro inferior esquerdo e 2/5 no membro inferior direito. E apresentava dor de grau 7 (Problema moderado), pelo que necessitou de fazer analgesia. Foi contactado um dos cuidadores, no sentido de planear a alta e marcar sessão para realização de ensinios.

Em relação às condições do domicílio os familiares foram questionados sobre as mesmas, tendo referido que apesar de a casa ser apenas de um piso, tem alguns degraus na passagem de umas divisões para as outras, possui tapetes, banheira na casa de banho (que fica à parte do edifício da casa) e algumas zonas muito preenchidas por móveis, dificultando a passagem de P1 com o andarilho. Foram sugeridas algumas alterações quando à reorganização do espaço, de modo a prevenir quedas e facilitar a circulação de P1 com o andarilho.

Durante o internamento foi referenciada para a RNCCI para valência de UMDR, tendo tido alta 6 dias após a cirurgia para o domicílio, onde será acompanhada por ECCI até ter vaga em unidade. No dia da alta P1 encontrava-se calma, consciente e orientada, mas ainda com alguns períodos de confusão. Apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e equilíbrio dinâmico reduzido na posição de pé. Quanto à escala para avaliação da Força Muscular de Lower, apresenta força 4/5 no membro inferior esquerdo e 3/5 no membro inferior direito. Realizou treino de marcha com andarilho, tendo deambulado curtas distâncias (cerca de 10 metros).

Quanto à avaliação do Índice de Barthel foi possível verificar que P1 passou de uma dependência severa (*score* 18) para uma dependência moderada (*score* 53), apresentado uma maior autonomia na realização dos seus autocuidados. Fato que foi também possível confirmar através da avaliação da funcionalidade feita no ENCS, em que P1 passou de Problema grave (72,92%) para Problema moderado (47,92%) no conceito Autocuidado. Evoluiu assim de um défice de autocuidado terapêutico grave, em que necessitava de apoio total na realização das suas AVD's, para um défice de autocuidado terapêutico moderado, em que necessitava de apoio parcial. Inicialmente manifestava também dificuldades na Aprendizagem e Funções Mentais (62,5%) e na Comunicação (56,25%), o que em muito se devia a períodos de confusão que manifestou no pós-operatório. As melhorias que se verificaram tanto em relação ao estado de consciência bem como em relação à dor (grau 4) permitiram que P1 colaborasse mais no seu autocuidado e próprio processo de reabilitação, apresentando ganhos de 26% ao nível da funcionalidade em geral.

Estudo de Caso P2

Pessoa do género feminino com 79 anos de idade, de raça caucasiana, vive com o marido. Já necessitava de ajuda parcial para a realização das suas AVD's. Tem antecedentes pessoais de AVC Isquémico (2000), Insuficiência cardíaca, Anti coagulada com *Eliquis*, Colectomia, Excisão de Quisto renal à direita, HTA, DM, Retinopatia, Dislipidemia, DPOC, e Patologia osteoarticular degenerativa. Desconhece alergias. Tem insuficiência económica. Tem apoio de alguns vizinhos e de alguns membros da família alargada. A filha está emigrada e vem com pouca frequência a Portugal. No entanto, dada esta situação, virá durante 2 meses e meio para dar apoio aos pais. Tem mais dois filhos do género masculino, com os quais não tem relação.

Após queda no domicílio, recorreu ao serviço de urgência do hospital da sua área de residência e foi-lhe diagnosticada fratura trocantérica do fémur à esquerda. Foi internada no serviço de ortopedia do mesmo hospital, sendo que na admissão se encontrava calma, consciente e orientada. Queixosa, com dor no membro inferior esquerdo, com agravamento à mobilização. Esteve 6 dias em repouso no leito com tração cutânea do membro inferior esquerdo, tendo sido depois sujeita a cirurgia para encavilhamento intertan sob bloqueio subaracnoideo. Teve como intercorrências no pós-operatório agitação psicomotora, com necessidade de contenção no leito e administração de terapêutica.

Fez o 1.º levante no primeiro dia após a cirurgia com meias elásticas e com indicação para fazer carga parcial no membro inferior esquerdo. P2 mostrou-se bastante queixosa (dor de grau 7) e apenas conseguiu fazer transferência da cama para o cadeirão. Nos dias seguintes foi dada continuidade ao treino de marcha com auxílio de andarilho, tendo deambulado curtas distâncias (6 metros). E foi contactado o marido, no sentido de planear a alta e marcar sessão para realização de ensinamentos.

Em relação às condições do domicílio o marido de P2 foi questionado sobre as mesmas, tendo referido que a casa tem apenas um piso, e tem um degrau à entrada. Não tem tapetes e possui um polibanco com barras de apoio na casa de banho. Possui espaços amplos que facilitam a livre circulação de P2 com o andarilho. E tem ainda um espaço exterior com piso térreo, onde existe uma pequena horta e alguns animais de estimação, tendo sido reforçados ensinamentos relativos à prevenção de quedas.

Aquando do 1.º levante apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e equilíbrio reduzido na posição de pé. Quanto à escala para avaliação da Força Muscular de Lower, no membro inferior esquerdo tinha força 2/5 e no membro inferior direito 4/5.

Durante o internamento foi referenciada para a RNCCI para valência de UMDR, tendo tido alta para o domicílio, onde será acompanhada por ECCI até ter vaga em unidade. No dia da alta, P2 encontrava-se calma, consciente e orientada, e mais colaborante, tendo realizado marcha (10 metros) e transferências com ajuda parcial. Apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e equilíbrio dinâmico reduzido na posição de pé. Quanto à escala para avaliação da Força Muscular de

Lower, apresentou também melhorias tendo 3/5 no membro inferior esquerdo e 4/5 no membro inferior direito.

No que respeita ao grau de dependência, através da avaliação feita pelo Índice de Barthel foi possível verificar que passou de uma dependência severa (*score* 29) para uma dependência moderada (*score* 56), obtendo-se ganhos em autonomia no que respeita à realização das suas AVD's. Esta avaliação vai de encontro à que foi feita através do ENCS, onde P2 apresenta o Autocuidado como um Problema grave (62,5%), manifestando défice de autocuidado terapêutico grave na avaliação inicial. Já na avaliação final após intervenção do enfermeiro de reabilitação verificou-se que o autocuidado se apresentava como um Problema moderado (45,8%), manifestando P2 um défice de autocuidado terapêutico moderado, pelo que apenas necessitava de compensação parcial para realização das suas AVD's. Em relação à Aprendizagem e Funções Mentais (41,67%) e à Comunicação (37,25%) apresentavam-se como problemas moderados, o que se devia à alteração do estado de consciência com períodos de confusão e agitação psicomotora que P2 apresentava no pós-operatório.

Ao longos das várias intervenções P2 foi apresentando melhorias e no momento da alta apresentava dor de grau 4 (Problema moderado), o que lhe permitiu colaborar de forma mais ativa no seu processo de reabilitação. Assim, foi possível obter ganhos de 23% na funcionalidade em geral.

Estudo de Caso P3

Pessoa do género masculino com 80 anos de idade, de raça caucasiana, vive com a esposa, o filho, a nora e a neta. Já necessitava de ajuda parcial para a realização das suas AVD's e utilizava como auxiliar de marcha uma canadiana. Tem antecedentes pessoais de Ansiedade, Anemia, Epilepsia, Hipertrofia Benigna da Próstata, Diverticulose Crónica, Prótese total do joelho à direita, HTA, Insuficiência Cardíaca, Dislipidemia e Cataratas. Desconhece alergias.

Após queda no domicílio, recorreu ao serviço de urgência do hospital da sua área de residência e foi-lhe diagnosticada fratura trocantérica do fémur à direita. Foi internado no serviço de ortopedia do mesmo hospital, sendo que na admissão se encontrava consciente e orientado, mas ansioso. Muito queixoso, com dor no membro inferior direito, com agravamento à mobilização. Teve como intercorrências no pré-operatório, alguns episódios de crise convulsiva, com necessidade de observação por neurologia e ajuste de terapêutica. Esteve durante 8 dias em repouso no leito, tendo sido depois sujeito a cirurgia para encavilhamento cefalomedular sob bloqueio subaracnoídeo, sem intercorrências.

Fez o 1.º levante no primeiro dia após a cirurgia com meias elásticas e com indicação para fazer carga parcial no membro inferior direito. Apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e equilíbrio dinâmico reduzido na posição de pé. Quanto à escala para avaliação da Força

Muscular de Lower, apresentava força 4/5 no membro inferior esquerdo e 3/5 no membro inferior direito. P3 mostrou-se bastante queixoso (dor de grau 8) e ansioso, e apenas conseguiu fazer transferência da cama para o cadeirão. Nos dias seguintes foi dada continuidade ao treino de marcha com auxílio de andarilho, tendo conseguido deambular cerca de 6 metros. E foi contactado o filho, no sentido de planejar a alta e marcar sessão para realização de ensinios.

Em relação às condições do domicílio o filho foi questionado sobre as mesmas, tendo referido que a casa tem apenas um piso, e não tem degraus nem tapetes. Possui um poliban com barras de apoio na casa de banho; e tem espaços amplos nas restantes divisões, facilitando a livre circulação de P3 com o andarilho. Foram reforçados ensinios relativamente às transferências e prevenção de quedas.

Durante o internamento foi referenciado para a RNCCI para valência de UMDR, tendo tido alta 3 dias após a cirurgia para o domicílio, onde será acompanhado por ECCL até ter vaga em unidade. No dia da alta, P3 encontrava-se consciente e orientado, mas muito ansioso e apelativo. Apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e equilíbrio dinâmico reduzido na posição de pé. Quanto à escala para avaliação da Força Muscular de Lower, manteve 4/5 no membro inferior esquerdo e 3/5 no membro inferior direito.

No que respeita ao Índice de Barthel verificou-se que na avaliação inicial P3 apresentava uma dependência severa (*score* 45) na realização das suas AVD's, tendo-se verificado melhorias no momento da alta, em que já apresentava uma dependência moderada (*score* 58). Na avaliação feita através do ENCS verificou-se também que o autocuidado se apresentava como um problema grave (68,75% na avaliação inicial e 52,08% na avaliação final), sendo que P3 apresentava um défice de autocuidado terapêutico grave necessitando de apoio totalmente compensatório na realização das suas AVD's. Após a intervenção de enfermagem de reabilitação verificaram-se ganhos de 16,67% no autocuidado.

Na avaliação final manifestava sentir-se melhor, no entanto, classificava ainda a dor como de grau 6, mantendo-se esta como problema grave de acordo com o ENCS. Relativamente às dimensões Aprendizagem e Funções, Comunicação e Relação com Amigos e Cuidadores, mantiveram-se como problemas ligeiros. Assim, no que respeita à funcionalidade em geral obtiveram-se ganhos de 7% após a nossa intervenção.

Instrumento ENCS			Ganhos
Estudo de Caso	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final	
P1	Funcionalidade Geral – 62% Autocuidado – 72,92% Aprendizagem e Funções Mentais – 62,5% Comunicar – 56,25% Dor 7 (50-95%) Relação com Amigos e Cuidadores – 12,5%	Funcionalidade Geral – 36% Autocuidado – 47,92% Aprendizagem e Funções Mentais – 33,33% Comunicar – 31,25% Dor 4 (25-49%) Relação com Amigos e Cuidadores – 12,5%	26%

P2	Funcionalidade Geral – 45% Autocuidado – 62,5% Aprendizagem e Funções Mentais – 41,67% Comunicar – 31,25% Dor 7 (50-95%) Relação com Amigos e Cuidadores - 18,75%	Funcionalidade Geral – 22% Autocuidado – 45,83% Aprendizagem e Funções Mentais – 8,33% Comunicar – 6,25% Dor 4 (50-95%) Relação com Amigos e Cuidadores – 18,75%	23%
P3	Funcionalidade Geral – 37% Autocuidado - 68,75% Aprendizagem e Funções Mentais – 16,67% Comunicar – 18,75% Dor 8 (50-95%) Relação com Amigos e Cuidadores – 6,25%	Funcionalidade Geral – 30% Autocuidado – 52,08% Aprendizagem e Funções Mentais – 16,67% Comunicar – 18,75% Dor 6 (50-95%) Relação com Amigos e Cuidadores – 6,25%	7%
Índice de Barthel			
P1	18	53	35
P2	29	56	27
P3	45	58	13

Tabela 6 - Avaliação Inicial, Avaliação final e ganhos obtidos nos estudos de caso P1, P2 e P3 com aplicação do ENCS e do Índice de Barthel.

2.4.2 - Estágio Final

O Estágio Final decorreu numa UCC, durante 16 semanas. No período mencionado foram feitas 3 visitas domiciliárias semanais a cada pessoa alvo dos cuidados do EEER, sendo que cada visita era agendada para que estivesse sempre presente o cuidador informal. Neste caso, a nossa intervenção decorreu num maior período, pelo que foram feitas uma avaliação inicial, uma avaliação intermédia e uma avaliação final. E foram selecionadas 7 pessoas, de acordo com os critérios de inclusão estipulados.

Dado que o Estágio Final decorreu já numa fase de maior desenvolvimento da estratégia de intervenção profissional aqui apresentada, incluiu a intervenção tanto junto das diferentes pessoas alvo dos nossos cuidados como junto dos respetivos cuidadores informais que também foram sujeitos a avaliação do EEER. Assim, a amostra é constituída por P4, P5, P6, P7, P8, P9, e P10, bem como pelos respetivos cuidadores (C4, C5, C6, C7, C8, C9 e C10). Quanto aos instrumentos para análise de dados e avaliação diagnóstica foram aplicados os instrumentos ENCS e o Índice de Barthel no que respeita às pessoas alvo dos cuidados. E, quanto aos cuidadores foi aplicado o QASCI e uma *Checklist*, por nós desenvolvida, para validação dos ensinamentos feitos ao mesmo.

Segue-se a avaliação sociodemográfica das pessoas alvo dos cuidados, bem como dos respetivos cuidadores, e um breve resumo da avaliação e intervenção feita junto dos mesmos.

	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Idade	81	66	69	78	80	71	70
Género	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado Civil	Casada	Divorciada	Viúva	Casada	Casado	Viúva	Solteira
Agregado Familiar	Marido	Filho e Nora	Filha e Genro	Marido, Neta e marido e bisnetas	Mulher	Filha, Genro e 3 Netos	Irmã e Cunhado

Nível de Escolaridade	4.ª classe	2.ª classe	4.ª classe	6.ª classe	3.ª classe	Não sabe ler nem escrever	3.ª classe
Profissão	Trabalhadora rural reformada	Trabalhadora rural reformada	Restauração reformada	Trabalhadora fabril reformada	Comerciante	Trabalhadora rural reformada	Doméstica
Residência	Zona Rural	Zona Urbana	Zona Urbana	Zona Rural	Zona Urbana	Zona Rural	Zona Rural

Tabela 7 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra incluída no Estágio Final.

Fazendo uma breve análise sociodemográfica da amostra em questão, é possível perceber que apenas 14,29% dos participantes são do género masculino (n=1), sendo os restantes do género feminino (n=6). Quanto à média de idades é de 73,57 anos de idade e o desvio padrão é de 5,97, sendo que o doente mais novo é do género feminino com 66 anos e o doente mais velho é do género masculino com 80 anos de idade. A maioria reside em zonas rurais, 57,14% (n=4) e apresenta baixos níveis de escolaridade, sendo que apenas um dos doentes não sabe ler ou escrever. Por ser uma população com mais de 65 anos já todos se encontram reformados, sendo que em idade ativa 42,86% (n=3) eram trabalhadores rurais, 14,29% trabalhavam na restauração (n=1), 14,29% trabalham no comércio (n=1) e 14,29% trabalhavam em lides domésticas. Por fim, relativamente ao estado civil 42,86% (n=3) são casados, 28,57% são viúvos (n=2), 14,29% são solteiros (n=1) e 14,29% são divorciados (n=1).

	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Idade	42	46/48	45	27	81	47	69
Género	Feminino	Feminino/Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Estado Civil	Casada	Casados	Casada	Casada	Casado	Casado	Casada
Profissão	Desempregada	Desempregada / Motorista	Administrativa	Desempregada	Reformada Comerciante	Desempregada	Reformada Doméstica
Agregado Familiar	Marido, Filho, P1 e o marido de P1	Marido e Filha / Mulher e Mãe (P2)	Marido e Mãe (P3)	Marido, duas filhas, avó e avó (P4)	Marido (P5)	Mãe (P6), Marido e 3 filhos	Marido e Irmã (P7)
Grau de Parentesco	Amiga	Filha/ Filho	Filha	Neta	Mulher	Filha	Irmã

Tabela 8 - Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais.

Quanto aos cuidadores são maioritariamente do género feminino, sendo que apenas um cuidador é do género masculino e divide essa função com uma cuidadora do género feminino que é sua irmã. No que respeita à média de idades é de 50,5 anos de idade e o desvio padrão é de 16,76, sendo o cuidador mais novo de 27 anos de idade e do género feminino, e o cuidador mais velho de 81 anos de idade e também do género feminino. Todos os cuidadores são casados e, metade da população encontra-se desempregada (50%, n=4). Dos restantes cuidadores 25% encontram-se reformados (n=2), 12,5% trabalham como motorista (n=1) e 12,5% fazem trabalho administrativo (n=1). Os dois últimos não desempenham o papel de cuidadores a tempo inteiro, ao contrário dos restantes. Quanto

aos graus de parentesco 50% são filhos/filhas (n=4), sendo os restantes 1 neta, 1 irmã, 1 esposa e 1 amiga, correspondendo cada um a 12,5% (n=1).

Estudo de Caso P4

O estudo de caso P4 diz respeito a uma pessoa de 81 anos de idade, do género feminino, reformada (trabalhadora rural), a residir com o marido e com apoio contínuo de uma cuidadora. Tem dois filhos e cinco netos, que lhe são bastante próximos e apesar de se encontrarem em idade ativa, oferecem apoio sempre que podem. Previamente autónoma. Após queda, sofreu fratura supracondiliana do fémur direito, tendo ficado internada no serviço de ortopedia no hospital da sua área de residência durante 5 dias apenas com indicação para tratamento conservador (tala gessada posterior do membro inferior direito). Tem como comorbilidades neoplasia maligna do colon, HTA, DM tipo II e, acidente com politrauma há 42 anos.

Teve alta para o domicílio com referência para ECCI para cumprimento de programa de reabilitação, sendo que eram realizadas 3 visitas domiciliárias pelo EEER durante a semana. Vinha com tala gessada posterior no membro inferior direito com indicação para repouso não podendo efetuar carga sobre o membro. Fez profilaxia de tromboembolismos com heparina de baixo peso molecular (HBPM).

Quanto à habitação, situava-se em zona rural, possuía 5 divisões de pequenas dimensões com portas estreitas e degraus para a casa de banho, dificultando a passagem da cadeira de rodas que P4 utilizava como auxiliar de marcha. Além disso, possuía também uma cozinha exterior em anexo, onde anteriormente P4 passava grande parte do tempo.

Na avaliação diagnóstica, calma, consciente e orientada. Necessitava de apoio contínuo da cuidadora para realização da rotina diária e permanecia no leito, efetuando pontualmente levante para cadeira de rodas com tábua para apoio do membro inferior direito, com ajuda total. O quarto possuía apenas uma cama de casal e muito pouco espaço, dificultando o levante para cadeira de rodas ou cadeirão.

Nos cuidados de higiene apresentava défice de autocuidado terapêutico grave, pelo que estes eram prestados no leito com apoio totalmente compensatório. Além disso, apesar de a casa de banho possuir poliban, o acesso era feito através de 3 degraus com alguma inclinação, impossibilitando a deslocação de P4 até lá. Quanto à eliminação P4 possui continência de esfíncteres e solicitava arrastadeira.

Apresentava pele íntegra, no entanto, por vezes devido à tala gessada ficava com zonas de pressão na coxa direita, tendo sido realizadas ensinos relativamente à proteção e hidratação da pele.

Na avaliação da força muscular através da Escala de Lower verificou-se que apresentava força grau 1/5 no membro inferior direito, 5/5 no membro inferior esquerdo e membro superior esquerdo e 4/5 no membro superior direito apresentando limitação devido a dor. Quanto ao equilíbrio corporal possui equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e ausência de equilíbrio na posição de pé.

Quanto à cuidadora foi aplicado o QASCI, tendo-se verificado que esta apresentava dificuldades no cuidado a P4, referindo sentir-se “cansada”²². Segundo a avaliação do QASCI apresentava uma sobrecarga moderada (39%). No que respeita aos “Mecanismos de eficácia e controlo” referia que raramente sentia ter capacidade para tomar conta de P4, e que raramente tinha os conhecimentos e experiência necessários, manifestando aqui uma sobrecarga grave (75%). Como tal, nas várias intervenções foram realizados ensinamentos, no sentido de a capacitar. Esta mostrou-se sempre muito interessada, expondo as suas dúvidas e dificuldades. Após validação dos ensinamentos na *checklist* do cuidador foi possível verificar ao longo das várias sessões uma evolução na melhoria dos cuidados prestados à senhora, o que se refletiu também na sua funcionalidade.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Ganhos
Score Geral da Funcionalidade	35% - Problema Moderado	33.25% - Problema Moderado	28,5% - Problema Moderado	6,5%
Autocuidado	70% - Problema Grave	63% - Problema Grave	50% - Problema Grave	20%
Aprendizagem e Funções da Memória	12% - Problema Ligeiro	12% - Problema Ligeiro	12% - Problema Ligeiro	0%
Comunicação	25% - Problema Moderado	25% - Problema Moderado	25% - Problema Moderado	0%
Relação com os amigos e cuidadores	33% - Problema Moderado	33% - Problema Moderado	27% - Problema Moderado	6%
Índice de Barthel	35 – Dependência Severa	45 – Dependência Severa	65 – Dependência Moderada	30

Tabela 9 - Avaliação Funcional da Pessoa P4.

Três meses após a queda, em ida a consulta de ortopedia, foi retirada tala gessada e indicada a utilização de joelheira com imobilização lateral, continuando a não dever efetuar carga no membro inferior direito. Progrediu-se então para o treino de levantar, sendo que P4 conseguia sentar-se na beira da cama. Posteriormente, iniciou-se levantar com auxílio de andarilho, que P4, após algum treino, começou a realizar de forma autónoma. Apresentando aqui já equilíbrio estático na posição de pé. Para que fosse possível realizar levantar contribuiu também o fato de terem sido realizadas alterações na disposição da casa pelos filhos de P4, sendo que o quarto passou para uma divisão maior da casa possibilitando a passagem da cadeira de rodas e oferecendo mais espaço.

²² Referido pela cuidadora C4, conforme notas de campo de P4.

Houve também ganhos ao nível da força muscular verificando-se 5/5 nos membros superiores e membro inferior esquerdo; e 3/5 no membro inferior direito, já conseguindo fazer flexão e extensão da coxofemoral de forma ativa e, por vezes assistida.

Após nova avaliação médica houve indicação para que P4 pudesse realizar treino de marcha com andador com carga parcial no membro inferior direito, que P4 iniciou apresentando alguma dor à mobilização, inicialmente. Assim, foi acordado com a cuidadora que nas visitas do EEER deveria dar a analgesia prescrita em SOS a P4, para que pudesse tolerar o treino de marcha sem dor. Houve melhorias significativas com alívio da dor e maior colaboração da parte de P4. No entanto, por manter ainda equilíbrio dinâmico reduzido na posição de pé e força 3/5 no membro inferior direito, a deambulação com andador só era possível com apoio de terceira pessoa. Não se prevendo uma maior evolução em termos motores e de autonomia nos autocuidados dado o quadro clínico e a avaliação feita pelo EEER P4 teve alta de ECCL.

Quanto à avaliação da sua funcionalidade geral através do ENCS, foi possível verificar que houve ganhos de 6,5%. Sendo que no conceito autocuidado foi onde se verificaram maiores ganhos (20%), apesar de este se manter como problema grave (passou 70% para 50%). Já na avaliação do Índice de Barthel P4 passou de uma dependência severa para uma dependência moderada. E, nos restantes conceitos do ENCS não se verificou evolução, visto que P4 também não apresentava alterações significativas na avaliação inicial. Nomeadamente no que respeita à aprendizagem e funções mentais e à comunicação que se mantiveram como problemas ligeiros. Na relação com amigos e cuidadores obtiveram-se ganhos de 6%, que resultaram da melhoria no apoio que a cuidadora passou a dirigir a P4.

Estudo de Caso P5

Pessoa de 66 anos de idade, do género feminino, divorciada e atualmente reformada. Em idade ativa era trabalhadora rural. Frequentava o Centro de Dia e era previamente autónoma. Foi internada no hospital da sua área de residência por AVC da coroa radiária direita, sem indicação para trombólise, tendo ficado com hemiplegia do membro superior esquerdo e hemiparesia do membro inferior esquerdo. Referenciada para a RNCCI para UMDR, ficou a aguardar vaga no domicílio com acompanhamento em ECCL para continuidade dos cuidados em reabilitação, sendo realizadas três visitas domiciliárias por semana pelo EEER.

Apresenta como comorbilidades síndrome vertiginosa, asma, depressão, DM tipo II insulínica, HTA, cataratas, obesidade e dislipidemia. É alérgica à iodopovidona e metamizol de magnésio.

No momento da intervenção da equipa da UCC vivia com o filho e nora, que eram os seus cuidadores, além da filha. Uma vez que apresentava défice de autocuidado terapêutico completo, necessitava de apoio contínuo dos cuidadores, que por motivos de insuficiência económica não solicitaram apoio domiciliário. Quanto à habitação, tratava-se de uma construção antiga, com piso irregular em algumas divisões. P5 permanecia no quarto, onde tinha uma cama, cadeirão e móvel com televisão. Tratava-se de uma área espaçosa e com boa iluminação. Mas a altura da cama dificultava o levantar para cadeirão, bem como a prestação dos cuidados a P5. Os cuidados de higiene eram prestados no leito por impossibilidade de levar P5 à casa de banho. Pois além de possuir banheira, também não tinham cadeira de rodas e P5 apresentava, de momento, incapacidade para realizar marcha. Foi discutida com os filhos a possibilidade de pedir produtos de apoio (cadeira de rodas, cadeira higiénica, cama articulada) à Cruz Vermelha Portuguesa. No entanto, dado que P5 estava a aguardar ir para internamento de reabilitação, essa hipótese foi descartada.

Apesar de os cuidadores se mostrarem bastante presentes e preocupados com os cuidados a P5, a relação entre os mesmos era por vezes conflituosa e difícil, o que se manifestava numa sobrecarga grave (68%) dos mesmos que foi possível avaliar após aplicação do instrumento QASCI. Nele, no que respeita aos “Mecanismos de Eficácia e Controlo” os cuidadores manifestaram que raramente conseguiam ocupar-se com outras tarefas além da prestação de cuidados a P5; que raramente se sentiam com capacidade para tomar conta de P5; e que não possuíam conhecimentos ou experiência suficiente para tomar conta de P5. Revelando na subescala “Mecanismos de Eficácia e Controlo”, uma sobrecarga extremamente grave (83%).

A avaliação diagnóstica foi feita aquando da admissão de P5 na UCC. No momento, apesar de a senhora estar consciente e orientada, encontrava-se com lentificação psicomotora, sonolenta e pouco colaborante, sendo por vezes hostil. Recusava levantar e qualquer tipo de atividade, referindo “quero ir deitar-me”²³. Apresentava disartria; desvio conjugado do olhar, desvio da comissura labial à esquerda, e assimetria da face com paresia do andar superior e inferior à esquerda. Além disso, apresentava também hemiplegia do membro superior esquerdo e diminuição da força no membro inferior esquerdo 2/5 e à direita com 3/5, no membro superior e inferior, de acordo com a Escala de Lower. Apenas possuía equilíbrio corporal estático na posição de sentada. E, após realização da prova “dedo-nariz” e “calcanhar Joelho”, verificou-se ataxia dos membros.

No autocuidado alimentação necessitava de apoio totalmente compensatório. E, após avaliação da deglutição de acordo com a Escala de GUSS, verificou-se que esta apresentava reflexo de deglutição diminuído para sólidos e líquidos, apenas com sucesso para semissólidos.

²³ Referido pela pessoa P5, conforme notas de campo.

Quanto à eliminação, P5 apresentava incontinência de esfínteres, utilizando fralda. E, segundo os cuidadores encontrava-se obstipada, tendo sido realizados ensinamentos quanto à importância da ingestão de líquidos, à alimentação rica em fibras e à administração de fármacos laxantes em SOS.

Verificou-se também que apresentava maceração na região infra mamária e inguinal, tendo sido feitos ensinamentos relativamente à higiene e limpeza da pele, e foi aconselhada a aplicação de óxido de zinco.

Ao longo das várias intervenções, em que sempre esteve presente um dos cuidadores foram feitos ensinamentos, que foram validados de acordo com a *Checklist* desenvolvida neste relatório, onde foi possível verificar que houve aquisição de conhecimentos com melhorias na prestação de cuidados e funcionalidade de P5. Era visível, por exemplo uma grande preocupação com a alimentação e a consistência dos alimentos “tenho receio que ela se engasgue”²⁴.

Com o passar do tempo P5 foi-se mostrando mais colaborante e, apesar dos défices motores que tinha, foram obtidos ganhos tal como foi possível verificar na avaliação funcional da mesma através do ENCS e do Índice de Barthel.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Ganhos
Score Geral da Funcionalidade	74,25% - Problema Grave	55.25% - Problema Grave	47,5% - Problema Moderado	26,75%
Autocuidado	95% - Problema Grave	82% - Problema Grave	68% - Problema Grave	27%
Aprendizagem e Funções da Memória	40% - Problema Moderado	22% - Problema Ligeiro	17% - Problema Ligeiro	23%
Comunicação	75% - Problema Grave	50% - Problema Grave	45% - Problema Moderado	30%
Relação com os amigos e cuidadores	87% - Problema Grave	67% - Problema Grave	60% - Problema Grave	27%
Índice de Barthel	0 – Dependência Total	30 – Dependência Severa	45 – Dependência Severa	45

Tabela 10 - Avaliação Funcional da Pessoa P5.

Dado que P5 apresentou melhorias ao nível do equilíbrio corporal (equilíbrio estático e dinâmico mantido na posição de sentada e ausência de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática) e ao nível da força muscular, avaliada através da Escala de Lower (apresentando 4/5 no membro inferior direito, 3/5 no membro superior direito e 3/5 no membro inferior esquerdo, mantendo, no entanto, hemiplegia no membro superior esquerdo) esta passou a colaborar mais na realização dos exercícios terapêuticos, bem como na concretização dos seus autocuidados.

²⁴ Referido pela cuidadora C5, conforme notas de campo de P5.

Há ainda a referir uma melhoria na fluência da linguagem, apresentando um discurso mais fluente e perceptível, com uma discreta disartria. Manteve, no entanto, desvio da comissura labial à esquerda e assimetria da face com paresia do andar superior e inferior à esquerda.

Quanto à avaliação do seu grau de dependência nas AVD's foi possível verificar que P5 apresentou melhorias, colaborando no que lhe era possível, nomeadamente na alimentação. No entanto, manteve-se com dependência severa, segundo avaliação do Índice de Barthel. E na avaliação do ENCS o autocuidado manteve-se também como problema grave (68%). Pelo que P5 continuava a necessitar de apoio totalmente compensatório. Ainda assim verificaram-se ganhos 27% no autocuidado e de 26,75% ao nível da funcionalidade em geral, refletindo também melhorias nas dimensões “aprendizagem e funções mentais”, “comunicação” e “relação com amigos e cuidadores”.

A intervenção da UCC quanto a P5 terminou porque esta integrou uma UMDR.

Estudo de Caso P6

Pessoa de 69 anos de idade, do género feminino, divorciada e atualmente reformada. Em idade ativa era proprietária de um café. Vivia com a filha e o genro e necessitava de apoio parcialmente compensatório apenas no autocuidado higiene. Foi internada no hospital da sua área de residência por fratura intertrocanterica do fémur à esquerda, tendo sido submetida a cirurgia para encavilhamento. Por ter passado recentemente por doença oncológica, a família optou por P6 ir para o domicílio com apoio de ECCI para continuidade dos cuidados em reabilitação, sendo realizadas três visitas domiciliárias por semana pelo EEER.

Apresenta como comorbilidades carcinoma lobular da mama direita com metastização cerebral sujeita a mastectomia parcial e excisão do tumor cerebral em 2018, síndrome vertiginoso, depressão, HTA, obesidade e dislipidemia. Não tem alergias.

Após alta hospitalar veio com indicação para realizar apenas carga parcial no membro inferior esquerdo e para realizar programa de reabilitação funcional motora. Trazia sutura operatória com indicação para retirar agrafes daí a 7 dias, tendo o processo cicatricial decorrido favoravelmente. Fez profilaxia de tromboembolismos com HBPM.

Quanto à habitação, tratava-se de um apartamento t3 localizado em prédio com elevador, sendo a construção recente. Apresentava divisões espaçosas com portas com largura suficiente para permitir a passagem de uma cadeira de rodas. Uma das casas de banho possuía poliban com banco de banho. Foram feitos ensinamentos relativamente à prevenção de quedas, alertando para a presença de tapetes e tapetes que podem ser um fator precipitante.

Na avaliação diagnóstica, calma, consciente e orientada, mas com humor deprimido. Queixosa e asténica, com dor de grau 4 no membro inferior esquerdo e a referir tonturas e náuseas, pelo que foi

pedida avaliação à médica que dá apoio à UCC, nomeadamente no âmbito dos Cuidados Paliativos. P6 iniciou terapêutica para o síndrome vertiginoso, tendo apresentado melhorias significativas.

Necessitava de apoio totalmente compensatório no autocuidado higiene, vestuário e mobilidade; e de apoio parcialmente compensatório no comer e beber. Tem controlo de esfíncteres, utilizando fralda apenas por precaução. Fazia levantar para cadeirão e deambulava em cadeira de rodas com apoio de terceira pessoa, nomeadamente para ir à casa de banho. Tinha apoio dos serviços domiciliários para realização da higiene e levantar, enquanto a filha se ausentava para ir trabalhar.

Na avaliação da força muscular através da Escala de Lower, verificou-se que apresentava força grau 2/5 no membro inferior esquerdo, e 4/5 no membro inferior direito e membros superiores. Quanto ao equilíbrio corporal possuía equilíbrio estático na posição de sentada e ausência de equilíbrio dinâmico na posição de sentada e na posição de pé.

Os ensinamentos realizados à cuidadora foram validados de acordo com a *checklist* desenvolvida, onde foi possível verificar que houve aquisição de conhecimentos com melhorias na prestação de cuidados e na funcionalidade de P6.

Ainda em relação à cuidadora foi aplicado o QASCI e nos “Mecanismos de eficácia e controlo” foi possível verificar que esta não sentia que a prestação de cuidados a P6 interferisse muito na realização de outras tarefas e quase sempre sentia capacidade para tomar conta de P6, reconhecendo ter experiência e conhecimentos suficientes. Pelo que na avaliação desta subescala manifestou uma sobrecarga ligeira (25%). Na avaliação total do QASCI manifestou sobrecarga moderada (33,59%). No entanto, revelou sentir-se “sempre satisfeita com o seu papel de cuidadora e com P6”²⁵, apesar das alterações que o assumir do novo papel trouxe para a sua vida.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Ganhos
Score Geral da Funcionalidade	47,75% - Problema Moderado	41% - Problema Moderado	38,5% - Problema Moderado	9,25%
Autocuidado	68% - Problema Grave	52% - Problema Grave	42% - Problema Moderado	26%
Aprendizagem e Funções da Memória	23% - Problema Ligeiro	17% - Problema Ligeiro	17% - Problema Ligeiro	6%
Comunicação	40% - Problema Moderado	35% - Problema Moderado	35% - Problema Moderado	5%
Relação com os amigos e cuidadores	60% - Problema Grave	60% - Problema Grave	60% - Problema Grave	0%
Índice de Barthel	35 – Dependência Severa	65 – Dependência Moderada	80 – Dependência Leve	45

Tabela 11 - Avaliação Funcional da Pessoa P6.

²⁵ Referido pela cuidadora C6, conforme notas de campo de P6.

Após P6 melhorar a força no membro inferior esquerdo 3/5 (avaliação intermédia) e após ter sido controlada a sintomatologia do síndrome vertiginoso, foi iniciado treino de marcha com andarilho com carga parcial no membro inferior esquerdo e treino de equilíbrio na posição de sentada e de pé.

Na avaliação final P6 apresentava uma força muscular de 4/5 no membro inferior esquerdo e 5/5 nos restantes segmentos. Além do que mantinha equilíbrio corporal estático e dinâmico na posição de sentada e de pé. Foram também verificadas melhorias nos autocuidados, necessitando apenas apoio parcialmente compensatório no autocuidado higiene e vestuário e, de supervisão no andar com andarilho. Para tal, contribuiu também o interesse e participação da cuidadora no processo de reabilitação de P6.

P6 apresentou-se desde então muito mais colaborante e motiva com a sua recuperação, realizando os exercícios que lhe eram propostos na ausência do EEER. Verificaram-se ganhos em termos de funcionalidade geral (9,25%), como é possível verificar na avaliação feita com o ENCS. Os ganhos mais significativos foram ao nível do autocuidado, que passou de problema grave (68%) para problema moderado (42%). O que se verificou também na avaliação do grau de dependência nas AVD's através do Índice de Barthel, em que passou de uma dependência severa para uma dependência moderada.

P6 teve alta de ECCL e passou a integrar o Centro de Dia.

Estudo de Caso P7

Este estudo de caso descreve a situação de uma pessoa do género feminino de 78 anos de idade, que reside com o marido, neta (que é a cuidadora principal), marido da mesma e filhas. Foi referenciada pela enfermeira de família e pela médica de família por perda da autonomia na realização das AVD's e perda de massa muscular após perda ponderal de 40 kg em 6 meses, tendo-se excluído causas patológicas. Era previamente autónoma e ficou acamada. Segundo registos de enfermagem pesava cerca de 80kg.

Apresenta como comorbilidades HTA, Osteoporose, Obesidade, Síndrome do túnel cárpico, Neoplasia benigna da pele, Hipotireoidismo e Depressão. Não sabe especificar alergias. Há ainda a apontar como acontecimentos significativos o fato de o filho se ter divorciado da nora, “pessoa de que gostava muito”; referindo “desde então nunca mais andei bem”²⁶.

Quanto à habitação, reside em pequena habitação ligada à casa da neta. Esta tem vários anexos e barreiras arquitetónicas que dificultam ainda mais a situação de dependência de P7. Esta permanece praticamente todo o dia no leito, segundo a cuidadora, em quarto com pouco espaço e pouca luz.

²⁶ Referido pela pessoa P7, conforme notas de campo

Na avaliação diagnóstica apresentava-se calma, consciente e orientada na pessoa e espaço, mas desorientada no tempo e com humor deprimido. Muito emagrecida e queixosa à mobilização. Refere não conseguir levantar-se por tonturas e por ficar nauseada, pelo que a cuidadora foi aconselhada a marcar consulta com médica de família para nova avaliação.

Segunda a cuidadora, P7 necessitava de ajuda total para a realização dos seus autocuidados. A higiene é feita no leito e por vezes na casa de banho em poliban, com apoio totalmente compensatório. Consegue deambular e levantar-se apenas com apoio de duas pessoas, pelo que não utiliza auxiliares de marcha, apesar de ter uma bengala. A maior parte do tempo permanecia no leito, sendo necessário estimulá-la ou ajudá-la a posicionar-se.

Quanto à alimentação, “ela come bem, mas é tudo passado porque a médica disse que deveria ser assim por causa do intestino funcionar”²⁷. E como emagreceu, a prótese dentária não se encontra adaptada a si, não conseguindo mastigar os alimentos.

Dada a impossibilidade de se deslocar até à casa de banho tem junto de si um bacio alto, onde urina e evacua, pois tem continência de esfínteres. Necessita, no entanto, de ajuda para se levantar e, utilizada fralda por precaução. Refere ter obstipação, tendo de recorrer a laxantes e enemas.

Apresentava pele pálida e mucosas descoradas. Tem pele íntegra. No entanto, foi aconselhada a posicionar-se no leito e foram feitos ensinamentos à cuidadora, nomeadamente em relação à hidratação da pele (que se encontrava seca e descamativa) e aos posicionamentos. Pois P7 apresenta Alto Risco de desenvolver UP's (15 na Escala de Braden), uma vez que tem mobilidade reduzida, está bastante emagrecida com as proeminências ósseas muito salientes e, a sua nutrição é provavelmente inadequada.

Na Escala de Lower, apresentava força muscular de grau 3/5 nos membros superiores e 4/5 nos Membros inferiores. Tem equilíbrio estático e dinâmico reduzido na posição de sentada e, ausência de equilíbrio na posição de pé, referindo tonturas aquando do levante, e “fraqueza nas pernas”²⁸.

Há também a referir que nos membros superiores P7 apresentava alguma limitação na amplitude de movimento e referia dor à mobilização. Pelo que a cuidadora foi aconselhada a administrar analgesia a P7 antes da visita do enfermeiro de reabilitação, para que esta tolerasse melhor a realização dos exercícios terapêuticos.

Ao longo da intervenção do EEER foram também feitos ensinamentos à cuidadora que esteve presente, apelando à necessidade e à importância de esta incentivar e ajudar P7, na ausência dos enfermeiros. Para validação dos ensinamentos feitos à cuidadora foi utilizada a *checklist* desenvolvida neste relatório, verificando-se uma evolução favorável na aquisição de conhecimentos e na prestação de cuidados a

²⁷ Referido pela cuidadora C7, conforme notas de campo de P7.

²⁸ Referido pela pessoa P7, conforme notas de campo

P7. E foi aplicado o QASCI, de modo a avaliar a sobrecarga do cuidador, focando os mecanismos de eficácia e controlo. Na aplicação do questionário foi possível verificar que apenas “Às Vezes” a cuidadora consegue fazer a maioria das coisas de que necessita e apenas “Às Vezes” considera ter conhecimentos e experiência para tomar conta da sua avó. Sente-se, no entanto, “Quase Sempre” com capacidade para tomar conta de P7. Verificou-se uma sobrecarga moderada (42%) nos “Mecanismos de eficácia e de controlo”, que contribui para que no cuidado a P7 a cuidadora manifeste também uma sobrecarga moderada (41%), segundo a avaliação total do QASCI.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Ganhos
Score Geral da Funcionalidade	50.75 % - Problema Grave	42.75% - Problema Moderado	37,25% - Problema Moderado	13,5%
Autocuidado	78% - Problema Grave	58% - Problema Grave	47% - Problema Moderado	31%
Aprendizagem e Funções da Memória	22% - Problema Ligeiro	20% - Problema Ligeiro	15% - Problema Ligeiro	7%
Comunicação	50% - Problema Grave	40% - Problema Moderado	40% - Problema Moderado	10%
Relação com os amigos e cuidadores	53% - Problema Grave	53% - Problema Grave	47% - Problema Moderado	6%
Índice de Barthel	30 – Dependência Severa	50 – Dependência Severa	75 – Dependência Moderada	45

Tabela 12 - Avaliação Funcional da Pessoa P7.

Ao longo das várias intervenções do EEER foi possível verificar melhorias em relação ao estado anímico de P7, revelando maior facilidade em comunicar e em expressar os seus sentimentos e dificuldades, bem como em colaborar na realização dos exercícios terapêuticos propostos. No entanto, manteve-se emagrecida, tendo aumentado apenas 2kg relativamente ao seu peso corporal inicial. E, houve como intercorrências o fato de ter contraído uma pneumonia, pelo que foi necessário fazer antibioterapia e RFR.

De acordo com avaliação da Escala de Lower, P7 apresentou um aumento da força muscular com 5/5 nos membros inferiores e manteve 3/5 nos membros superiores, com limitação na amplitude de movimento na articulação glenoumeral e na articulação do cotovelo devido ao processo de osteoartrose que P7 já tinha anteriormente. No entanto por apresentar ligeira melhoria ao nível da dor conseguia colaborar mais na realização das AVD's e na realização dos exercícios propostos pelo EEER. Quanto ao equilíbrio houve também uma melhoria, verificando-se apenas diminuição do equilíbrio dinâmico na posição ortostática.

Assim, no que respeita à sua funcionalidade, foi possível verificar uma evolução positiva com uma maior autonomia na realização das AVD's. Sendo que P7 já conseguia comer pela sua própria mão, fazia transferências com apoio parcialmente compensatório e no andar, em curtas distâncias

necessitava apenas de supervisão ou do auxílio de uma bengala, com a qual foi feito treino de marcha. Já nos cuidados de higiene P7 manteve alguma dependência, uma vez que não conseguia utilizar os membros superiores de forma funcional devido à limitação que apresentava. De acordo com o Índice de Barthel passou de uma dependência severa para uma dependência moderada na realização das suas AVD's. E na avaliação do ENCS obtiveram-se ganhos de 13,5%, tendo sido mais expressivos no conceito "autocuidado". Sendo que este passou de um problema grave (78%), em que necessitava de um apoio totalmente compensatório, para um problema moderado (47%), necessitando apenas de um apoio parcial na realização de algumas atividades.

Para os ganhos obtidos, contribuiu também o papel da cuidadora, que se mostrou em cada sessão um pouco mais motivada e confiante na sua função. Na ausência do enfermeiro de reabilitação, a cuidadora procurava incentivar a avó para a realização das AVD's e dos exercícios terapêuticos, o que contribuiu também para que P7 passasse menos tempo no leito. Pois como a própria referia "percebi que ao fazer as coisas pela minha avó não a estava a ajudar, mas sim a torná-la cada vez mais dependente de ajuda"²⁹. Pelo que se verificaram também ganhos de 6% na "relação com amigos e cuidadores".

Devido ao término do estágio clínico, não nos foi possível continuar a acompanhar P7.

Estudo de Caso P8

Utente de 80 anos de idade do género masculino, reformado (antigo comerciante de sapatos), a residir com a esposa, que é a cuidadora, em zona urbana. Tem dois filhos, um que se encontra emigrado em Espanha e outro que vive a cerca de 20 km dos pais e, que oferece apoio sempre que pode, uma vez que se encontra em idade ativa. Tiveram também uma filha que faleceu há cerca de 27 anos.

Previamente autónomo nas AVD's. Por quadro de diminuição da força no membro superior esquerdo e desorientação e discurso incoerente dirigiu-se ao hospital da sua área de residência, onde lhe foi diagnosticado AVC isquémico da artéria cerebral posterior com transformação hemorrágica. Durante o internamento teve história de queda sem sequelas, pelo que houve necessidade de utilizar contenção física para prevenção de outras ocorrências. Teve alta para o domicílio com referenciação para ECCI para cumprir programa de reabilitação, uma vez que recusou ir para unidade de internamento.

²⁹ Referido pela cuidadora C7, conforme notas de campo de P7.

Como comorbilidades apresenta doença renal crónica de estágio 3, fibrilhação auricular paroxística, HTA, insuficiência cardíaca, DM tipo 2 não, dislipidemia, hipertrofia benigna na próstata, enfarte agudo do miocárdio em 2005 e hábitos tabágicos. Não tem alergias.

Quanto à habitação, trata-se de uma vivenda com rés do chão e primeiro andar, muito bem localizada em zona urbana. Tem várias divisões e apresenta boas condições e bastante espaço. A casa de banho tem poliban e P8 dorme em quarto no rés do chão. Durante o dia permanece em sofá, deambulando ocasionalmente. Foi feito ensino sobre prevenção de quedas, uma vez que P8 teve queda recente durante o internamento no hospital (sem complicações) e, dado que a casa possui escadas e tapetes que podem ser um fator precipitante. Além disso, uma vez que a cuidadora pretende alterar a casa de banho para que seja mais ampla e segura, foi aconselhada a colocar um poliban sem altura na base e a colocar barras de apoio no poliban e na sanita para facilitar o seu uso por parte de P8.

Na avaliação diagnóstica, calmo, consciente e orientado no espaço e pessoa, mas desorientado no tempo. Necessitava de apoio contínuo da cuidadora para realização da rotina diária. Deambulava com auxílio de canadiana e com apoio da cuidadora por curtas distâncias. A maior parte do tempo permanecia sentado em sofá, pelo que foi incentivado a deambular, uma vez que a sua casa possuía bastante espaço. Nos autocuidados higiene e vestuário é a cuidadora que realiza grande parte das atividades, sendo necessário estímulo para que P8 colaborasse nas mesmas. Quanto à alimentação, referia comer pela própria mão e a cuidadora disse “ter cuidado com o açúcar e o sal na comida”³⁰. No entanto, por vezes necessitava de ajuda da cuidadora para cortar os alimentos e para os colocar ao seu alcance, necessitando também de incentivo para comer pela própria mão. E, mantinha continência de esfíncteres, necessitando apenas de apoio da cuidadora para se deslocar até à casa de banho.

Apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas. Pele íntegra. Referiu ter dor no ombro esquerdo, principalmente à mobilização. Segundo a cuidadora realizou radiografia no internamento, e o médico responsável disse tratar-se de “uma artrose”. No entanto, P8 referiu não necessitar de analgesia.

Na avaliação da força muscular (Escala de Lower) verificou-se que apresentava força grau 5/5 no hemicorpo direito, força 4/5 no membro inferior esquerdo e força 3/5 no membro superior esquerdo, referindo ter ocasionalmente parestesias na mão esquerda. Quanto ao equilíbrio corporal, apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, e equilíbrio reduzido na posição de pé. E mantinha coordenação motora, tendo realizado a prova “dedo-nariz” e “calcanhar Joelho” sem dificuldades.

³⁰ Referido pela cuidadora C8, conforme notas de campo de P8.

Apresentava ainda como alterações significativas decorrentes do AVC afasia anômica, com dificuldade na nomeação de objetos, conseguindo referir, no entanto, as suas funções. Sem alterações na fluência do discurso, compreensão ou repetição. E, segundo a cuidadora após o internamento P8 tinha dificuldade em dormir e apresentava por vezes alguns períodos de confusão durante a noite, pelo que foi necessário pedir consulta de neurologia ao domicílio, que com ajuste terapêutico resolveu a situação.

No que respeita à cuidadora inicialmente foi aplicado o questionário QASCI, tendo-se verificado que a cuidadora apresenta uma sobrecarga grave (55%) decorrente do seu papel e que apresentava dificuldades no cuidado a P8, devido aos poucos conhecimentos e experiência que possuía e também por “raramente”³⁰ sentir-se com capacidade para tomar conta de P8. Nos “mecanismos de eficácia e controlo” verificou-se ainda que apenas “às vezes” conseguia fazer a maioria das coisas de necessita, apresentando nesta subescala uma sobrecarga grave (58%). Ao longo das várias intervenções foram sendo feitos ensinamentos à mesma, que foram validados através de *checklist* desenvolvida neste projeto de intervenção profissional. Sendo que a cuidadora foi instruída no sentido de incentivar P8 para a realização de todas as atividades que este conseguisse realizar de forma autónoma. Foi possível verificar uma evolução favorável na aquisição de conhecimentos e competências, bem como na organização dos cuidados.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Ganhos
Score Geral da Funcionalidade	50.75% - Problema Grave	42% - Problema Moderado	35,5% - Problema Moderado	15,25%
Autocuidado	60% - Problema Grave	48% - Problema Moderado	37% - Problema Moderado	23%
Aprendizagem e Funções da Memória	20% - Problema Ligeiro	13% - Problema Ligeiro	13% - Problema Ligeiro	7%
Comunicação	70% - Problema Grave	60% - Problema Grave	45% - Problema Moderado	25%
Relação com os amigos e cuidadores	53% - Problema Grave	47% - Problema Moderado	47% - Problema Moderado	6%
Índice de Barthel	60 – Dependência Moderada	70 – Dependência Moderada	85 – Dependência Leve	25

Tabela 13 - Avaliação Funcional da Pessoa P8.

Na avaliação final, quanto à força muscular segundo a Escala de Lower, foi possível observar que houve ganhos tendo P8 apresentado 5/5 nos membros inferiores e no membro superior direito. No entanto, no membro superior esquerdo manteve uma força de 3/5, muito em parte devido à limitação articular que já apresentava. No equilíbrio verificou-se também uma melhoria, apresentando P8 equilíbrio estático e dinâmico tanto na posição de sentado como na posição de pé.

Assim, durante o período de intervenção foi possível verificar uma evolução positiva no que respeita à autonomia de P8 quanto ao seu autocuidado. Verificaram-se ganhos quer ao nível do *score* geral da funcionalidade do ENCS (15,25%); bem como no autocuidado que passou de problema grave (60%) para problema moderado (37%). E no que respeita à “Comunicação” em que P8 apresentava afasia anómica, como um dos seus principais problemas, foi também possível observar melhorias, tendo este passado de problema grave (70%) para problema moderado (45%). Pelo que após várias sessões de treino cognitivo, este apresentou uma maior fluência no discurso e maior facilidade em nomear objetos que lhe eram familiares.

No Índice de Barthel foi também possível verificar que na avaliação inicial P8 apresentava uma dependência moderada, tendo passado para uma dependência leve. No que respeita à cuidadora, esta referiu sentir-se “menos sobrecarregada”³¹ na prestação de cuidados a P8, uma vez que este se mostrava mais colaborante na realização das suas AVD’s. Tendo-se verificado também ganhos na “Relação com amigos e familiares” no ENCS (6%).

P8 teve alta de ECCI por já se conseguir deslocar à rua, que era um dos seus objetivos, e por apresentar uma maior autonomia e funcionalidade na realização da sua rotina diária, tendo passado a frequentar as classes de movimento orientadas pela fisioterapeuta.

Estudo de Caso P9

Pessoa do género feminino de 71 anos de idade, viúva e atualmente reformada. Em idade ativa era trabalhadora rural. Vivia sozinha e era previamente autónoma, necessitando, no entanto, de apoio de bengala para deambulação. Tem cinco filhos que a visitavam com frequência.

Por quadro de cefaleias, náuseas e vômitos dirigiu-se ao hospital da sua área de residência onde lhe foi diagnosticado AVC da artéria cerebral posterior direita, pelo que ficou internada em medicina para vigilância e estabilização terapêutica. Referenciada para RNCCI para Unidade de Convalescença, ficou a aguardar vaga no domicílio da filha com acompanhamento em ECCI para continuidade dos cuidados em reabilitação, sendo realizadas três visitas domiciliárias por semana pelo EEER da UCC.

Apresenta como comorbilidades HTA, DM tipo II, dislipidemia, e AVC há 25 anos com hemiparesia à esquerda. Sem alergias conhecidas.

Aquando da intervenção da equipa da UCC vivia com a filha (que se encontra desempregada), com o genro e três netos, em habitação social. A casa possuía, no entanto, boas condições com divisões espaçosas, sem barreiras arquitetónicas e com casa de banho com poliban. Apenas a apontar que a porta de acesso para o exterior possuía degraus e que no quintal da casa o piso era térreo e irregular, pelo que P9 não podia vir para a rua sem apoio da cuidadora. Além disso, possuía alto risco de queda

³¹ Referido pela cuidadora C8, conforme notas de campo de P8.

(Score 50 na Escala de Quedas de Morse), pelo que foram feitos ensinamentos a P9 e à cuidadora, relativamente à prevenção de quedas.

Na realização da sua rotina diária necessitava de apoio contínuo da cuidadora, nomeadamente de apoio totalmente compensatório nos cuidados de higiene e, de apoio parcialmente compensatório no vestuário, na alimentação e na eliminação. Possuía continência de esfíncteres, deslocando-se à casa de banho para urinar e evacuar. No entanto, necessitava de ajuda para se deslocar até lá; e referia obstipação (cerca de 6 dias), pelo que foram feitos ensinamentos relativamente ao uso de laxantes, ingestão de líquidos e de alimentos com fibras. Quanto à mobilidade apresentava défice terapêutico moderado, recorrendo-se na maior parte das vezes de ajuda de terceira pessoa ou de apoio na mobília para deambular. Possuía andador, mas referia “dificuldade no uso” do mesmo e referia “apenas ser utilizado quando saía com a filha para o exterior”³². Permanecia grande parte do seu tempo sentada em sofá, do qual se conseguia levantar sozinha, necessitando apenas de apoio posterior para deambular.

Na avaliação inicial, P9 encontrava-se calma, consciente e orientada na pessoa e espaço, mas desorientada no tempo. E apresentava fácies sorridente. Relativamente à avaliação neurológica apresentava desvio da comissura labial à esquerda e discreta disartria. Quanto à força muscular (Escala de Lower) era de 5/5 no membro superior e inferior direitos e de 4/5 no membro superior e inferior esquerdos. Não apresentava alterações da sensibilidade ou ataxias, tendo cumprido a prova “dedo-nariz” e “calcanhar Joelho” em ambos os hemisférios com pouca dificuldade. E apresentava equilíbrio estático e dinâmico mantido na posição de sentada, e equilíbrio estático e dinâmico reduzido na posição de pé.

No que respeita à cuidadora foi aplicado o QASCI num momento inicial, tendo-se verificado que “Quase sempre” conseguia fazer a maioria das coisas de que necessitava, além de tomar conta de P9 e, que se sentia “sempre” com capacidade para continuar a tomar da mesma. No entanto, “Às vezes” considerava não ter conhecimentos suficientes para tomar conta da mãe, manifestando uma sobrecarga ligeira (25%) ao nível dos “mecanismos de eficácia e controlo”. Como tal, a intervenção foi também junto da cuidadora no sentido de a capacitar e foi baseada em ensinamentos que foram feitos de acordo com as necessidades identificadas e validados através de *checklist* desenvolvida para o efeito. Ao longo das várias sessões foi possível verificar que a cuidadora se mostrou sempre muito disponível, referindo “não se sentir cansada por tomar conta da sua mãe”, pelo que a sobrecarga por cuidar de P9, segundo a avaliação do QASCI, era ligeira (2%). Além disso, “referia ter cada vez mais facilidade no cuidado à mesma”³³, o que revelava a aquisição de conhecimentos e competências.

³² Referido pela pessoa P9, conforme notas de campo.

³³ Referido pela cuidadora C9, conforme notas de campo de P9.

Nas várias sessões P9 mostrou-se sempre colaborante, referindo que tinha como objetivo “ajudar mais a filha nas lides domésticas e conseguir fazer tudo sozinha como antes”³⁴.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Ganhos
Score Geral da Funcionalidade	40% - Problema Moderado	32.25% - Problema Moderado	29.75% - Problema Moderado	10,25%
Autocuidado	60% - Problema Grave	42% - Problema Moderado	32% - Problema Moderado	28%
Aprendizagem e Funções da Memória	18% - Problema Ligeiro	17% - Problema Ligeiro	17% - Problema Ligeiro	1%
Comunicação	35% - Problema Moderado	30% - Problema Moderado	30% - Problema Moderado	5%
Relação com os amigos e cuidadores	47% - Problema Moderado	40% - Problema Moderado	40% - Problema Moderado	7%
Índice de Barthel	45 – Dependência Severa	80 – Dependência Leve	95 – Dependência Leve	20

Tabela 14 - Avaliação Funcional da Pessoa P9.

Na avaliação final, foi possível verificar houve ganhos ao nível da força muscular, pois de acordo com a Escala de Lower P9 passou a ter 5/5 em todos os segmentos corporais, à exceção do membro inferior esquerdo em que manteve 4/5, e segundo a mesma “já coxeava daquela perna devido a outro AVC que tive”³⁵. Pelo que se observou uma melhoria no membro superior esquerdo. E, P9 também já apresentava equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé e na posição de sentada, pelo que foi possível progredir para treino de marcha com bengala (auxiliar de marcha que utilizava anteriormente). No entanto, mantinha discreta disartria como complicação decorrente do AVC.

Observando os ganhos obtidos na avaliação do ENCS é possível verificar que P9 melhorou em todas dimensões, sendo que em relação ao *score* geral da funcionalidade os ganhos foram de 10,25%. O maior ganho verificou-se no autocuidado, em que passou de um problema grave (60%) para um problema moderado (32%), progredindo de um défice de autocuidado terapêutico grave para um défice de autocuidado terapêutico moderado. E na avaliação do Índice de Barthel, passou de uma dependência severa, para uma dependência leve. Pois P9 já era autónoma nos cuidados de higiene e nas restantes AVD's, necessitando apenas de auxílio no subir e descer escadas.

A cuidadora também apresentou melhorias no cuidado a P9, nomeadamente em relação à aquisição de conhecimentos, o que se refletiu também na “Relação com amigos e cuidadores” no ENCS, nomeadamente na avaliação do apoio prestado por prestadores de cuidados pessoais.

Uma vez atingidos os objetivos para P9, esta teve alta da ECCI e não necessitou de ir para unidade de convalescença, permanecendo no domicílio da filha.

³⁴ Referido pela pessoa P9, conforme notas de campo.

³⁵ Referido pela pessoa P9, conforme notas de campo.

Estudo de Caso P10

Pessoa do género feminino de 70 anos de idade, solteira e a residir com uma das irmãs que é a principal cuidadora, sendo que a outra irmã vivia na casa ao lado e prestava também apoio sempre que necessário. Previamente autónoma. Tem como comorbilidades défice cognitivo desde a infância, DM tipo II, HTA, e Neoplasia do colon e reto. Não tem alergias.

Após queda com dor forte no membro inferior direito e incapacidade para a marcha, foi encaminhada para o serviço de urgência do hospital da sua área de residência, onde lhe foi diagnosticada uma fratura subcapital do fémur direito. Ficou internada no serviço de ortopedia com indicação cirúrgica para colocação de prótese parcial da anca não cimentada à direita. Foi referenciada para ECCI para continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo que eram realizadas três visitas domiciliárias por semana pelo EEER da UCC da sua área de residência. Não se optou por unidade de internamento por as duas irmãs de P10 já se encontrarem reformadas e por lhe conseguirem prestar todo o apoio que precisa, privilegiando o conforto do domicílio para a mesma.

Após alta hospitalar veio com indicação para realizar apenas carga parcial no membro inferior direito e para realizar programa de reabilitação funcional motora. Trazia sutura operatória com indicação para retirar agrafes dentro de 7 a 10 dias, tendo o processo cicatricial decorrido favoravelmente. Fez profilaxia de tromboembolismos com HBPM.

P10 residia numa casa pequena e de construção antiga, com pouco espaço para circular entre o mobiliário. Além disso, possuía alcatifas em piso irregular e com degraus, pelo que foi feito ensino em relação a P10 e à cuidadora sobre a prevenção de quedas. Pois P10 também apresenta antecedentes recentes de queda e apresenta alto risco de queda segundo a Escala de Quedas de Morse (*score* 75).

P10 tem cama articulada no quarto e possui casa de banho com barras de apoio e com poliban, no entanto esta situa-se no exterior da casa. Pelo que a cuidadora por vezes realizava a higiene de P10 no leito e também utilizava uma cadeira de banho no quarto para realizar os cuidados de higiene e também para servir como sanitário, uma vez que permitia a adaptação de arrastadeira.

Assim, no que respeita às AVD's, P10 necessitava de apoio parcialmente compensatório no comer e beber, e de apoio totalmente compensatório nas restantes AVD's. Na eliminação, P10 apresenta continência de esfíncteres. No entanto, precisava de ajuda para o uso do sanitário e para realização dos cuidados de higiene. E, refere também obstipação, pelo que foram feitos ensinamentos a P10 e à cuidadora sobre o uso de laxantes, ingestão de líquidos e de alimentos ricos em fibras.

Na deambulação P10 utiliza como auxiliar de marcha o andarilho, constituindo-se o “deslocar-se com auxiliares de marcha” como problema grave. Pois P10 necessita de ensino, supervisão e incentivo para utilização do andarilho, uma vez que apresenta alguma descoordenação motora, com marcha

tipo parkinsoniana e esquece-se de utilizar o andador. Assim, foram reforçados ensinamentos à cuidadora principalmente, pois P10 apresenta dificuldades na compreensão, cognição e memória. E foram também feitos ensinamentos relativamente aos posicionamentos no leito e cadeirão, prevenção de pé equino e de UP's. Pois apresenta alto risco de desenvolver UP's (score 15 na Escala de Braden).

Na avaliação inicial, encontrava-se calma, consciente e orientada no espaço e pessoa, mas desorientada no tempo. E apresentava fâcies sorridente. No que respeita à força muscular (Escala de Lower) era de 3/5 no membro inferior direito e de 4/5 no membro inferior esquerdo e membros superiores. E apresentava equilíbrio estático e dinâmico mantido na posição de sentada, e equilíbrio estático e dinâmico reduzido na posição de pé.

Quanto à cuidadora foi aplicado o QASCI num momento inicial, obtendo-se um score de 47%, que revelou sobrecarga moderada. Nos “mecanismos de eficácia e controlo” verificou-se que apenas “Às vezes” se sentia com capacidade para continuar a tomar conta de P10 ou conseguia ter tempo para fazer outras coisas além de tomar conta de P10. E só “às vezes” considerava ter conhecimentos e experiência para tomar conta da mesma, pelo que apresentou uma sobrecarga moderada (50%) nesta subescala. Assim, a intervenção junto da cuidadora foi no sentido de a capacitar na prestação de cuidados a P10 promovendo a sua autonomia e foi também no sentido de lhe dar algum apoio emocional e de lhe fornecer estratégias de alívio da sobrecarga, aconselhando-a a procurar o apoio de outros familiares e a tentar fazer períodos de descanso e atividades do seu agrado. No que respeita à promoção da autonomia de P10 foram feitos ensinamentos que foram validados através da *checklist* desenvolvida. Esta permitiu observar que houve uma evolução favorável na aquisição de conhecimentos e competências pela cuidadora, que se mostrou sempre muito “preocupada”³⁶ com P10 e sempre muito interessada em aprender e prestar os melhores cuidados.

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Ganhos
Score Geral da Funcionalidade	47,25% - Problema Moderado	40.75% - Problema Moderado	30.75% - Problema Moderado	16,5%
Autocuidado	72% - Problema Grave	60% - Problema Grave	35% - Problema Moderado	37%
Aprendizagem e Funções da Memória	27% - Problema Ligeiro	23% - Problema Ligeiro	20% - Problema Ligeiro	7%
Comunicação	50% - Problema Grave	40% - Problema Moderado	35% - Problema Moderado	15%
Relação com os amigos e cuidadores	40% - Problema Moderado	40% - Problema Moderado	33% - Problema Moderado	7%
Índice de Barthel	35 – Dependência Severa	65 – Dependência Moderada	80 – Dependência Leve	45

Tabela 15 - Avaliação Funcional da Pessoa P10.

³⁶ Referido pela cuidadora C10, conforme notas de campo de P10.

Na avaliação final, houve uma melhoria da força muscular que de acordo com a Escala de Lower no membro inferior direito passou de 3/5 para 4/5, mantendo nos outros membros 5/5. E na avaliação do equilíbrio corporal verificou-se também uma evolução positiva, sendo que P10 apenas apresentava equilíbrio dinâmico reduzido na posição de pé.

De acordo com a avaliação feita através do ENCS obtiveram-se ganhos de 16,5%, sendo que o autocuidado passou de um problema grave (72%), para problema moderado (35%). Pelo que foi possível observar melhorias ao nível de vários parâmetros, nomeadamente na realização da “Rotina Diária”, no “Mudar Posição do corpo”, no “Manter posição do corpo”, no “Andar”, no Deslocar-se com Auxiliares de Marcha”, no “lavar-se” e “Cuidar das Partes do corpo” e no “vestir-se”, verificando-se uma maior autonomia e funcionalidade. O que vai de encontro também em relação aos resultados obtidos na avaliação do Índice de Barthel, em que P10 passou de uma dependência severa (score 35) para a uma dependência leve (score 80).

No que respeita à cuidadora, no ENCS não se verificaram ganhos significativos na “Relação com amigos e cuidadores”. No entanto, através da observação da *checklist* de validação dos ensinamentos feitos ao cuidador foi possível observar que esta evoluiu bastante na aquisição de conhecimentos e competências, tendo melhorado os cuidados prestados a P10.

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)		
Cuidador	“Mecanismos de Eficácia e de Controlo”	Sobrecarga Total
C4	Sobrecarga Grave 75%	Sobrecarga Moderada 39%
C5	Sobrecarga Extremamente Grave 83%	Sobrecarga Grave 68%
C6	Sobrecarga Ligeira 25%	Sobrecarga Moderada 33,59%
C7	Sobrecarga Moderada 42%	Sobrecarga Moderada 41%
C8	Sobrecarga Grave 58%	Sobrecarga Grave 55%
C9	Sobrecarga Ligeira 25%	Sobrecarga Ligeira 2%
C10	Sobrecarga Moderada 50%	Sobrecarga Moderada 47%

Tabela 16 - Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal e dos “Mecanismos de eficácia e de controlo” no Grupo B, através do QASCI.

2.5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente subcapítulo será apresentada a discussão dos resultados, para a qual foi feita uma análise e comparação dos resultados obtidos com a RSL previamente elaborada. Pois seguindo a metodologia de Yin (2015), nesta fase os dados obtidos são cruzados e fundamentados com a teoria e, é feita uma reflexão e conclusão sobre os mesmos.

Por forma a facilitar este processo, uma vez que a nossa intervenção decorreu em duas fases e em contextos diferentes (estágio de reabilitação e estágio final), a discussão dos resultados será feita em relação a dois grupos: o Grupo A (P1, P2 e P3), que inclui as pessoas selecionadas para a elaboração de estudos de caso no estágio de reabilitação; e o Grupo B (P4, P5, P6, P7, P8, P9 e P10), que inclui as pessoas e respetivos cuidadores selecionados para a elaboração de estudos de caso no estágio final, com vista a serem incluídas no projeto de intervenção profissional.

Seguindo o modelo de capacitação para o autocuidado desenvolvido, optou-se por interpretar as intervenções de enfermagem de reabilitação e refletir acerca dos resultados obtidos, quer na prática quer na RSL, de acordo com os domínios das ações de autocuidado descritos por Orem (2001) e segundo os quais o plano de intervenção foi elaborado. Pois são estes que conferem à pessoa capacidades para que esta se possa envolver no seu próprio autocuidado, objetivando a “manutenção da vida, saúde e bem-estar” (Orem, 2001: 43).

Domínio Cognitivo e Comportamental

A capacidade da pessoa se envolver no seu próprio autocuidado, além de depender de fatores condicionantes básicos externos e internos, como o estado de saúde ou a idade, envolve vários domínios, nomeadamente o domínio cognitivo. Pois para que a pessoa possa desenvolver ações de autocuidado tem de possuir habilidades e competências cognitivas que lhe permitam adquirir novos conhecimentos, ter consciência das alterações no seu estado de saúde, tomar decisões e desenvolver comportamentos de autocuidado. Assim, é necessário que esta também tenha habilidades no domínio do comportamento, para que possa iniciar e executar ações “(...) nos prazos adequados e no interesse de manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar” (Petronilho & Machado, 2017: 6). Os domínios do comportamento do autocuidado estão dependentes dos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde que a pessoa apresente (Petronilho & Machado, 2017). Como tal, ao longo das várias intervenções desenvolvidas foi avaliado o estado de consciência e as funções cognitivas, nomeadamente através do ENCS, nos conceitos “Aprendizagem e Funções Mentais” e “Comunicação”.

Segundo Fitzpatrick & Owen (2018), o delírio pós-operatório é comum e potencialmente causador de morbidade, aumentando o tempo de permanência nos internamentos hospitalares, reduzindo a qualidade de vida e aumentando a dependência nas AVD's. Como fatores associados surgem a idade, doenças prévias, distúrbios do sono e o tipo de cirurgia (sendo mais associado a cirurgias vasculares, ortopédicas e cardíacas). Estas alterações variam ao longo do dia e podem também estar associadas a distúrbios cognitivos adicionais, como o déficit de memória ou desorientação, que podem prejudicar o processo de reabilitação da pessoa. Torna-se, por isso, necessário atuar precocemente, pelo que a Sociedade Americana de Geriatria definiu algumas prioridades em termos de tratamento comportamental e não farmacológico, nomeadamente: compensação sensorial (óculos, aparelhos auditivos), promover a mobilidade, orientação cognitiva e atividades terapêuticas (adaptadas à pessoa), incluir os membros da família no processo de recuperação, controlar a dor, estimulação cognitiva (adaptada aos interesses e estado mental da pessoa), padrões e abordagens simples de comunicação para evitar o agravamento dos comportamentos, garantir um aporte nutricional e hidratação adequados, revisão e gestão apropriada da medicação, garantir rotinas diárias e promover o sono no período noturno (Fitzpatrick & Owen, 2018).

No período pós-operatório, para P1 e P2 os principais problemas eram a Aprendizagem e Funções Mentais (62,5% e 47,67%) e a Comunicação (56,25% e 31,25%), uma vez que estas estiveram alguns dias com desorientação no espaço e tempo e com alterações da memória e atenção, não lhes sendo possível realizar as suas AVD's e colaborar no processo de reabilitação, principalmente no que diz respeito a P1. Por isso, também no momento da alta se obtiveram menores resultados no que respeita à funcionalidade geral. Quanto a P3 manteve-se sempre consciente e orientado ao longo de todo o internamento, embora sempre muito ansioso, pelo que a Aprendizagem e Funções Mentais (16,67%) e a Comunicação (18,75%) se apresentaram como um problema ligeiro, tendo mantido os *scores* em ambas as avaliações. Nas intervenções junto do Grupo A (P1 e P2) procurámos orientar para a realidade (questionando em relação à sua identificação, local em que se encontravam, dia e mês) e estabelecer uma comunicação eficaz, explicando de forma tranquila e de fácil interpretação todos os procedimentos e exercícios que eram efetuados na sua reabilitação motora. Além disso, foi também prioritário controlar a dor e incentivar os cuidadores a participar no processo de cuidados.

No grupo B todos os participantes eram conscientes e orientados. No entanto, alguns apresentavam outros problemas relacionados com Aprendizagem e Funções Mentais e Comunicação, sendo que ao longo das várias sessões do programa de intervenção de reabilitação se verificaram melhorias. No caso de P5, tratava-se de uma senhora já com antecedentes de depressão, pelo que após o AVC o seu estado anímico piorou. À data da avaliação inicial na primeira visita apresentava-se com lentificação psicomotora, sonolenta e pouco colaborante, sendo por vezes hostil, o que não lhe

permitiu desenvolver comportamentos de autocuidado. Além do que, segundo os filhos e pelo que foi presenciado, a relação entre os mesmos era conflituosa, o que dificultava a prestação de cuidados. Assim, ao longo das várias sessões de intervenção procurou-se falar com o cuidador e com a pessoa ao mesmo tempo, de modo a facilitar um mútuo entendimento da situação e estabelecer uma relação com os mesmos (Aadal *et al.*, 2018).

Huijben-Schoenmakers *et al.* (2014) defenderam no seu estudo que um aumento da atividade terapêutica em cerca de 50 minutos e a inclusão de exercícios na realização das atividades diárias pode ter efeitos positivos sobre os níveis de ansiedade e depressão e sobre a cognição, nomeadamente no que respeita às funções executivas (planeamento, tempo de reação, atenção e memória). Pelo que propuseram que o tipo de exercício fosse adaptado aos objetivos para a pessoa (exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio sentado, sentar e levantar da cadeira, e treino de marcha), por forma a estimulá-la. Os autores acreditam que uma melhoria nas funções da cognição como a memória, atenção e tempo de reação é fundamental para promover a funcionalidade e independência na realização das AVD's. Pelo que também no que respeita à nossa intervenção se procurou estimular a pessoa, incluindo atividades terapêuticas nas suas AVD's e incentivando o cuidador a realizar alguns exercícios na ausência do enfermeiro e a participar no processo de reabilitação.

De acordo com Kisner & Colby (2016), foram tidos em conta alguns princípios, nomeadamente: proporcionar um ambiente calmo e sem distrações; demonstrar a execução apropriada de cada exercício e posteriormente pedir à pessoa/cuidador para imitar; se necessário, conduzir inicialmente o movimento da pessoa na execução dos exercícios; utilizar instruções verbais e escritas claras e concisas; complementar as instruções verbais com material de apoio; pedir à pessoa/cuidador para demonstrar o exercício, supervisionando e dando feedback (apontando se foi ou não feito corretamente); ensinar pequenas partes do programa de exercícios de cada vez e dar tempo para que a pessoa/cuidador possam treinar e aprender. Reforçando-se a importância da estimulação tátil, cinestésica e verbal, durante a realização de exercícios terapêuticos (Imhof *et al.*, 2015). E, ao longo das várias sessões procurou-se estimular também os participantes para que além de serem partes ativas no seu processo de reabilitação, pudessem melhorar as suas competências a nível cognitivo, nomeadamente em relação à atenção e memória, pedindo-lhes para contar as séries de exercícios que iam realizando e procurando manter sempre algum tipo de diálogo que os despertasse para o meio envolvente e que fosse de encontro aos seus interesses (Bjartmarz *et al.*, 2017). Reforçando, assim, a ideia de que a intervenção do EEER deve ser baseada nas seguintes ações: educação, persuasão, incentivo, treino, capacitação e reestruturação do meio (Loft *et al.*, 2017).

P6 apresentava alterações da memória a curto prazo e dificuldade na concentração e atenção devido a cirurgia cerebral recente para excisão de metástase no lobo frontal, pelo que foi reforçada a importância do estímulo cognitivo (p.e. efetuar exercícios de palavras cruzadas, sopa de letras, relembrar situações do dia a dia, etc.) e de manter P6 sob vigilância, pelo fato de esta se poder esquecer das suas limitações. Durante a nossa intervenção procurámos manter sempre um ambiente calmo, sem distrações, repetindo verbalmente várias vezes o que estávamos a fazer (Kisner & Colby, 2016). O mesmo se refletiu na intervenção efetuada junto de P10, que apresentava um défice cognitivo desde a infância. Pelo que tinha dificuldades na compreensão, memória e atenção, sendo que por exemplo ao realizar treino de marcha se esquecia do andarilho. Assim, era necessário descrever verbalmente e várias vezes o que deveria fazer (p.e. “primeiro avança o andarilho, depois a perna esquerda e, por fim, a perna direita”). Além disso, todos os ensinamentos eram reforçados junto dos cuidadores, para que na ausência do EEER pudessem ser os mesmos a supervisionar e reforçar alguns aspetos (Bjartmarz *et al.*, 2017).

No que respeita à comunicação, P5 e P9 apresentavam discreta disartria e P8 apresentava afasia de nomeação, revelando dificuldades no “falar”, “conversação”, e “comunicar e receber mensagens”, que surgiram no contexto de AVC. Assim, no que respeita a P8 foi implementado treino cognitivo, incidindo na realização de exercícios de nomeação e associação de objetos, descrição de situações, exercícios de cálculo e exercícios de memória, solicitando por exemplo a P8 que descrevesse o que se tinha passado no dia anterior (Menoita, 2012). Para auxílio no treino cognitivo foi desenvolvido um instrumento teórico e prático sobre a “intervenção do EEER na reabilitação da pessoa com afasia”, possuindo exercícios de fluência, nomeação, compreensão, leitura e cálculo (Branco & Guerreiro, 2011). Além disso, a nossa intervenção dirigiu-se também aos cuidadores, nomeadamente no que respeita ao ensino sobre o défice de comunicação que a pessoa apresenta e às consequências que este pode ter no seu comportamento, bem como em relação à forma de ajudar a pessoa a comunicar, através de medidas facilitadoras e de apoio (p.e. gestos, escrita, reforço positivo nas respostas adequadas, etc.). Isto com o objetivo de diminuir carga psicológica do cuidador e da pessoa, bem como contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida e facilitar a comunicação e o relacionamento entre ambos (Branco & Guerreiro, 2011; Gil *et al.*, 2020).

Em relação a P5 e a P9 que apresentavam discreta disartria e desvio da comissura labial, com dificuldade na fluência da linguagem, foi aconselhada a realização de exercícios labiais, linguais e de expressão facial, de forma a promover a articulação do discurso. Além disso, P5 e P9 e os cuidadores foram incentivados a falar pausadamente e, sempre que detetassem dificuldade numa palavra a repeti-la várias vezes (Branco & Guerreiro, 2011). P5 foi também aconselhada a realizar exercícios de escrita e leitura, numa fase em que já apresentava melhorias. No caso de P9 não era possível recorrer

a exercícios de escrita e leitura, uma vez que não sabia ler nem escrever. Pelo que a cuidadora foi incentivada a comunicar verbalmente com P9 sempre que possível, por forma a estimular a fluência do seu discurso.

Dado que vivemos numa era em que a tecnologia é de extrema importância, o desenvolvimento de software com programas de reabilitação pode ser um método atrativo e simples para promover a continuidade dos cuidados e, pode também dar importante contributo ao nível do estímulo cognitivo. Na RSL, um dos estudos analisados era sobre o programa CARE4STROKE, que consistia no uso de uma aplicação no telemóvel ou *tablet* com instruções e vídeos sobre exercícios que a pessoa pode realizar e escolher, e que contém alertas para que esta não se esqueça. Além do que a execução de exercícios terapêuticos era também mediada pelo cuidador e, permitia a comunicação com um técnico de saúde, promovendo uma alta precoce e reduzindo os custos em relação aos cuidados de saúde (Vloothuis *et al.*, 2015). No entanto, em Portugal esta é ainda uma realidade pouco trabalhada e utilizada. Ao desenvolvermos pesquisa nesta área, verificámos que já existem algumas aplicações em língua portuguesa sobre reabilitação cognitiva e motora. No entanto, dado que a maior parte das pessoas alvo dos cuidados eram idosos, tinham poucos recursos e o contacto com as novas tecnologias era escasso, mesmo no caso dos cuidadores, não nos foi possível considerar o uso deste tipo de método.

Domínio Físico

O domínio físico traduz a capacidade física que a pessoa apresenta para que possa realizar as suas ações de autocuidado (Petronilho & Machado, 2017). Neste sentido torna-se necessário fazer uma avaliação da capacidade funcional da pessoa (Cavalcante *et al.*, 2018; Bjartmarz *et al.*, 2017), por forma a determinar as suas limitações, potencialidades e necessidades de intervenção pelo enfermeiro de reabilitação. Como tal, cada pessoa foi avaliada antes de qualquer intervenção e foi tida em conta a sua história de saúde, terapêutica habitual e estado atual de saúde (idade, comorbilidades, sintomatologia, etc.).

No âmbito do plano de intervenção foi utilizado o Índice de Barthel para avaliar o nível de dependência nas AVD's (Imhof *et al.*, 2015; Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014) e o ENCS, que se baseia na CIF, para avaliar a funcionalidade da pessoa. De acordo com Brunani *et al.* (2015) a utilização da CIF para avaliação de pessoas em processo de reabilitação pode dar um importante contributo ao enfermeiro, uma vez que permite avaliar as funções e estruturas do corpo (funções do movimento, dor, função cardiovascular), os seus níveis de atividade (execução de tarefas ou ações, como o autocuidado ou atividades do dia-a-dia) e participação (envolvimento em situações de vida) e os fatores ambientais (suporte) (Branco, 2017). Além destes, foram também utilizados outros instrumentos como a Escala de Quedas de Morse, a Escala de Braden, a Escala de Comas de Glasgow,

e a Escala de Avaliação da Força Muscular de Lower. E foram ainda avaliados outros parâmetros utilizados pelo enfermeiro de reabilitação, nomeadamente a avaliação do equilíbrio (estático e dinâmico), a auscultação pulmonar, e a oximetria de pulso. Pois, de acordo com Menoita (2012), o processo diagnóstico deve recorrer-se de parâmetros de avaliação adequados e deve ser sistemático e contínuo.

O plano de intervenção de reabilitação deve ser iniciado o mais precocemente possível e, por isso, no caso do Grupo A, começou no período pré-operatório, com o objetivo de preparar a pessoa para a recuperação após cirurgia e também para promover a sua funcionalidade e prevenir complicações da imobilidade, tendo por isso incluído intervenções de reeducação funcional motora e de RFR (Sousa & Carvalho, 2017). No entanto, a avaliação dos resultados da implementação do plano de intervenção apenas foi feita no pós-operatório, uma vez que só após a pessoa fazer o primeiro levantar é possível determinar a sua funcionalidade em todas as vertentes, visto que até então esteve em repouso no leito a aguardar cirurgia. Como tal, optou-se por fazer uma avaliação inicial ou diagnóstica no dia do 1.º levantar; e uma avaliação final ou após intervenção no dia da alta, de forma a determinar os ganhos obtidos.

Relativamente ao Grupo B, a intervenção decorreu em contexto comunitário. No domicílio, o plano de reabilitação obedece a princípios em que a pessoa alvo de intervenção é o elemento chave da equipa. Pois representa o foco e o objetivo do trabalho da equipa de cuidados e, é o mesmo que determina os resultados do processo (Almeida & Sánchez, 2014). Assim, foram definidos e estabelecidos objetivos realistas em conjunto com a pessoa e o cuidador (Branco, 2017). Por forma a sistematizar as intervenções do enfermeiro de reabilitação, foi desenvolvido um plano de intervenção com base na RSL e com base no modelo de capacitação para o autocuidado desenvolvido. Sendo que este foi adaptado a cada situação, de modo a garantir não só a sua eficácia, mas também a segurança da pessoa, do cuidador e do EEER. E, foram ainda tidos em conta os princípios de mecânica corporal e o cuidador foi aconselhado em relação aos mesmos, de modo a prevenir lesões (Kisner & Colby, 2016).

Quanto às problemáticas que levaram os participantes do grupo B a necessitar de cuidados de enfermagem de reabilitação, tínhamos dois grupos distintos: o grupo dos participantes que apresentavam alterações musculoesqueléticas (P4, P6, P7 e P10) e o grupo de participantes que apresentavam alterações neurológicas (P5, P8 e P9), sendo a eles comum o fato de manifestarem limitações ao nível da sua mobilidade, com comprometimento da força muscular e do seu equilíbrio corporal, tal como no grupo A. Assim, alguns dos participantes ficaram confinados ao leito (P4, P5, P7) e os restantes (P6, P8, P9, P10) reduziram a sua atividade física global na sequência do processo de agudização que sofreram e das sequelas que advieram do mesmo.

“O compromisso da mobilidade física, relacionada com doença/traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento, tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas, podendo transformar uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade” (OE, 2013: 23-24) e repercutindo-se ainda sobre o seu equilíbrio psicossocial (OE, 2009b). Por cada semana de imobilidade³⁷ no leito a pessoa perde cerca de 10 a 20% da sua força muscular inicial e a partir das 4 semanas, cerca de 50% desta pode estar perdida (Coelho *et al.*, 2017). No entanto, em algumas situações, como no caso de fratura da extremidade superior do fémur, a imobilização de um segmento ou repouso absoluto no leito poderá ter um efeito benéfico no tratamento, apesar dos efeitos negativos da imobilidade prolongada. Assim, é fundamental que o enfermeiro de reabilitação possua conhecimentos para que possa planejar, avaliar e intervir de forma a estabelecer objetivos e uma avaliação funcional adequada, devendo recorrer-se de uma prática baseada na evidência (Kisner & Colby, 2016). Sendo que um programa de reabilitação em pessoas sujeitas a imobilidade deve ser iniciado o mais precocemente possível, com o objetivo de manter e recuperar as suas funções físicas, psicológicas e sociais, bem como prevenir complicações resultantes da imobilidade (Coelho *et al.*, 2017; Cavalcante *et al.*, 2018). E deve incluir intervenções ao nível da manutenção da mobilidade, promovendo ao mesmo tempo o autocuidado (OE, 2013).

O movimento resulta da interação do indivíduo com a tarefa e o ambiente em que esta se realiza. E, depende do mecanismo de controlo postural, que exige a integração de informação sensitiva, para avaliar o posicionamento e movimento do corpo no espaço, e também da capacidade de gerar forças que controlam a posição do corpo, de modo a manter o equilíbrio necessário à função (Toubarro, 2017). Assim, o nosso programa de reeducação da função sensoriomotora inclui, de um modo geral, mobilizações terapêuticas e atividades terapêuticas no leito (ponte, rolamentos, rotação controlada da anca), treino de equilíbrio, treino de levantar/transferência e treino de marcha (Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014; Vloothuis *et al.*, 2015; Coelho *et al.*, 2017); exercícios de estimulação sensorial (Imhof *et al.*, 2015; Klinker *et al.*, 2015); atividade aeróbia (Kadda *et al.*, 2016); treino de AVD's (Bjartmarz *et al.*, 2017; Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014; Vigia *et al.*, 2017) e uso de produtos de apoio (Brunani *et al.*, 2015). As mobilizações têm por objetivos “manter a mobilidade articular, prevenir contraturas musculó-articulares, prevenir deformidades que limitem a função, estimular a circulação e as terminações nervosas sensoriais, restaurar a perda de função articular, aumentar a resistência, promover o conforto e bem-estar, diminuir ou prevenir limitações articulares, manter o trofismo muscular e vascular, preservar a noção de movimento e a propriocepção, diminuir a espasticidade e prevenir alterações cutâneas” (OE, 2009b: 96).

³⁷ A imobilidade refere-se à ausência, diminuição ou restrição do movimento. Como consequência pode levar ao encurtamento muscular ou a contraturas irreversíveis (Kisner & Colby, 2016).

Em cada sessão, os exercícios foram explicados à pessoa, e esta foi posicionada corretamente, promovendo seu conforto, de forma a garantir uma boa execução dos movimentos, deixando as articulações livres de almofadas e sem cabeceira, quando no leito (Menoita, 2012). O tipo de intervenção/exercício, o número de repetições e a sua intensidade, foram adaptados à condição da pessoa, bem como aos seus objetivos e preferências, e às condições ambientais, indo de encontro ao que já foi dito (Bjartmarz *et al.*, 2017; Kisner & Colby, 2016). E já durante a realização dos exercícios do programa de intervenção, foi avaliada a sua tolerância, quer em relação ao esforço ou em relação à dor ou limitação de movimento, prevenindo possíveis traumas ou complicações como dor ou inflamação. Assim, a execução de cada exercício teve em conta a postura e alinhamento corporal correto, a execução de padrões de movimento corretos e a realização de cada exercício com a intensidade, velocidade e duração adequadas. E a sua progressão foi de acordo com a tolerância e o estado funcional da pessoa (Kisner & Colby, 2016; OE, 2009b). Procurámos também recorrer-nos sempre da estimulação tátil, cinestésica e verbal, durante a realização de exercícios terapêuticos, para que mais facilmente a pessoa integrasse o movimento e de modo a promover a propriocepção nos casos em que havia alteração da sensibilidade (Imhof *et al.*, 2015). Além disso, ao longo do programa de reabilitação tentámos sempre sensibilizar e motivar a pessoa e a família/cuidador para a sua implementação e manutenção, reforçando os seus objetivos e realizando ensino a técnica de execução a ambos (Bjartmarz *et al.*, 2017). E, ao realizar os exercícios em conjunto com o cuidador além de o estarmos a capacitar para a realização do cuidado ao seu familiar, estávamos também a promover a sua capacidade funcional, tornando-o mais ativo (Vloothuis *et al.*, 2015).

No caso do Grupo A, de P6 e de P10, em que todos os participantes tinham sofrido fratura da extremidade superior do fémur e no caso de P4, que se encontrava a cumprir tratamento conservador com tala gessada no membro inferior direito devido a fratura supracondiliana do fémur direito, foram realizados exercícios isométricos³⁸ dos abdominais glúteos e quadricípites. Além destes, foram também realizadas mobilizações ativas livres e assistidas³⁹ da articulação tibiotársica e dos dedos do membro inferior com fratura, conforme a sua tolerância, e com o objetivo de prevenir complicações da imobilidade, reduzir o edema, promover o retorno venoso, melhorar a contractilidade e força dos músculos comprometidos, fortalecer os músculos abdominais, dos membros superiores e membro inferior contralateral (Sousa & Carvalho, 2017). Já numa fase de maior evolução na sua recuperação funcional, nomeadamente no caso do grupo A no pós-operatório e no caso de P6 e P10, foram

³⁸ Os exercícios isométricos originam contrações de músculos individuais ou de grupos musculares, mas não causam movimento nas articulações adjacentes (Menoita, 2012).

³⁹ As mobilizações ativas livres estão indicadas quando a pessoa consegue automobilizar-se. Nas mobilizações ativas assistidas a pessoa inicia o movimento, mas não consegue vencer a força da gravidade, pelo que o profissional de saúde ajuda a “completar” o movimento, sustentando o membro (Sousa & Carvalho, 2017).

realizadas mobilizações ativas, assistidas e resistidas⁴⁰ do membro operado conforme a tolerância da pessoa, nomeadamente flexão e extensão da articulação coxofemoral com extensão e flexão do joelho, e abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo). Perspetivando-se aumentar progressivamente o trabalho muscular e a sua intensidade nos grupos musculares motores da anca (Cruz *et al.*, 2009), de modo a promover o seu fortalecimento, aumentar a estabilidade lateral durante a marcha e melhorar o equilíbrio dinâmico da pessoa (Sousa & Carvalho, 2017).

De salientar que no caso de P10, devido a fratura subcapital do fémur direito lhe foi colocada prótese parcial da anca não cimentada, pelo que foram tidos alguns cuidados no que respeita ao limite de movimento durante a realização dos exercícios terapêuticos (rotação externa e hiperextensão da coxofemoral; rotação interna, flexão da coxofemoral acima de 90º, adução da coxofemoral para além da linha média). E, foram feitos ensinamentos a P10 e à cuidadora relativamente aos sinais de luxação e às medidas a adotar para prevenção de luxação da prótese, nomeadamente: evitar fazer adução dos joelhos, utilizando duas almofadas entre os mesmos; não cruzar as pernas; não fletir o tronco sobre os membros inferiores, por exemplo para apanhar objetos do chão ou para se calçar (devendo pedir ajuda ou utilizar produtos de apoio); evitar sentar-se em cadeiras baixas e na sanita utilizar um elevador de sanita, de modo a que o joelho não esteja mais alto que a articulação coxofemoral (ângulo < 90º); não fazer carga total no membro inferior direito, e ensinar como realizar as AVD's de modo a evitar a luxação da prótese. Pois esta é a complicação mais frequente no período pós-operatório, principalmente na primeira semana após a cirurgia e a incidência é de cerca de 4% antes de completar um mês (Sousa & Carvalho, 2017), uma vez que os tecidos adjacentes ainda não proporcionam a estabilidade necessária a esta nova articulação (Cruz *et al.*, 2009).

Nos casos referidos anteriormente foram também efetuadas mobilizações ativas, assistidas e resistidas nos restantes segmentos e em todas as amplitudes de movimento. E relativamente a P5, P7, P8, e P9 foram também efetuadas mobilizações ativas, assistidas e resistidas em todos segmentos e em todas as amplitudes de movimento, conforme as limitações que cada caso apresentava, promovendo o fortalecimento muscular e a mobilidade. No que respeita aos membros superiores, uma vez que em quase todos os casos as pessoas necessitavam de utilizar auxiliares de marcha, eram priorizadas as mobilizações resistidas, sendo que a resistência era aplicada manualmente pelo enfermeiro ou pelo cuidador ou através da utilização de produtos de apoio ou outros (p.e. elásticos, ligaduras elásticas, pesos ou garrafas de água cheias de 0,5L, etc.). Pois este tipo de exercício irá contribuir para o fortalecimento dos membros superiores, que numa primeira fase (4 a 6 semanas) irão ser necessários para utilizar auxiliares de marcha para não fazer carga sobre o membro lesado,

⁴⁰ A mobilização ativa resistida é caracterizada pela aplicação de uma resistência suplementar ao movimento efetuado pela pessoa (Sousa & Carvalho, 2017).

nomeadamente no que respeita aos participantes que apresentavam fratura do fémur (Sousa & Carvalho, 2017). E, pelo mesmo motivo foram também reforçados no membro inferior contralateral à lesão.

Quanto a P5, P8 e P9, que apresentavam alterações do sistema neurológico devido a AVC, as mobilizações foram sempre iniciadas pelas articulações proximais, evoluindo para as articulações distais, de forma a prevenir a espasticidade. Pois segundo a OMS (2003) a direção do desenvolvimento do movimento voluntário é do proximal para o distal, pelo que o controlo dos movimentos do tronco superior, do ombro, do tronco inferior e da articulação coxofemoral deve ser restabelecido primeiro. Sendo que a última etapa da reabilitação diz respeito ao exercício voluntário da mão. E os exercícios foram também realizados de modo mais lento, pois a espasticidade é evidenciada pelo grau de excitabilidade do fuso muscular, que depende em muito da velocidade com que os movimentos são efetuados (Menoita, 2012).

No caso de P8 e P9, apresentavam hemiparesia à esquerda de predomínio braquial, sendo que apenas P8 manifestava dor no ombro à mobilização. E P5 apresentava hemiplegia do membro superior esquerdo, manifestando dor de grau 6 à mobilização do ombro. Pelo que a mobilização deste membro era feita de forma passiva, respeitando o limiar da dor e procurando evitar lesões dos ligamentos e articulações. Pois a subluxação do ombro hemiplégico é uma complicação recorrente após AVC, devido à perda de tónus muscular e de função das estruturas que envolvem o ombro. Sendo que uma pessoa que necessita de ajuda moderada a máxima nas transferências e posicionamentos está exposta a um maior risco de subluxação da articulação glenoumeral. Para prevenir esta situação é necessário manter uma boa amplitude de movimento, posicionamentos corretos e suporte adequado do ombro e braço afetados (Hoeman, 2011).

Além das mobilizações em todos os segmentos corporais e do posicionamento em padrão anti-espástico⁴¹, na intervenção a P5 utilizámos também exercícios terapêuticos (mobilizações no leito e sentada, facilitação cruzada, carga no cotovelo, automobilizações, realização da ponte e rolamentos), de modo a promover a reeducação do mecanismo postural, estimulando a sensibilidade e ação voluntária dos músculos do hemicorpo afetado (Cavalcante *et al.*, 2018; Imhof *et al.*, 2015; Menoita, 2012). E foram também feitos ensinamentos aos cuidadores relativamente aos posicionamentos em padrão anti-espástico e à prevenção de pé equino. Pois um posicionamento adequado é o primeiro passo na recuperação da pessoa e deve ser adequado até à recuperação total. Assim, “promover a alternância de decúbitos, sempre em padrão anti-espástico pode contribuir para evitar a instalação insidiosa da

⁴¹ O Padrão espástico caracteriza-se por um aumento do tónus nos músculos anti gravíticos do hemicorpo afetado, nomeadamente nos flexores do membro superior e nos extensores do membro inferior (Menoita, 2012).

espasticidade e, facilita também a integração do esquema corporal e da lateralidade” (Menoita, 2012: 79).

Relativamente a P7, cujo motivo da nova intervenção era a perda de autonomia devido a perda de peso e massa muscular acentuados nos últimos seis meses, verificou-se que esta apresentava como um dos seus principais problemas osteoartroses. De acordo com Sousa & Carvalho (2017), enquanto doença articular crónico-degenerativa a osteoartrose caracteriza-se pelo desgaste da cartilagem articular e manifesta-se por dor, rigidez matinal, crepitação óssea e atrofia muscular. Tal como se verificou no caso de P7, tendo a situação agravado por esta permanecer no leito. Ainda segundo os autores referidos anteriormente o programa de reabilitação deve incluir um esquema de exercícios para fortalecimento muscular, com alta taxa de repetição e baixa resistência, de modo a diminuir a tensão nas articulações e melhorar a sua estabilidade. E recomendam ainda exercícios de flexibilidade, para promover o movimento da articulação de modo suave e confortável a partir da amplitude de movimento irrestrita e sem dor; alongamentos, de modo a aumentar a mobilidade dos tecidos moles e a amplitude de movimento; exercícios sensoriomotores; treino de capacidades e educação para a saúde sobre a prática de exercício físico. Estes têm por objetivo melhorar a capacidade aeróbia e aumentar a força muscular, devendo para melhores resultados ser realizado três vezes por semana, tal como foi implementado no caso de P7. Assim, na nossa intervenção de enfermagem de reabilitação foram realizadas no leito, inicialmente, mobilizações passivas de todos os segmentos corporais e em todas as amplitudes de movimento, que P7 após ensinamentos e estímulo realizou de forma ativa e assistida, apresentando melhorias ao nível da força muscular. No entanto, há a referir que nos membros superiores P7 apresentava alguma limitação na amplitude de movimento e referia dor à mobilização.

A dor apresentou-se como um foco de intervenção comum a quase todos os participantes, sendo que para o Grupo A se manifestava como um Problema grave na avaliação inicial. Segundo Cruz *et al.* (2009), a dor é principal problema da pessoa após intervenção cirúrgica, sendo fundamentais as intervenções a nível físico, farmacológico e psicológico para alívio deste problema, promovendo o seu conforto e bem-estar. Como tal, nos casos referidos procurou-se contribuir com diferentes estratégias para o alívio da dor (Brunani *et al.*, 2015), nomeadamente através do uso de analgesia, do uso de aplicação de gelo e da execução de massagem terapêutica (Bjartmarz *et al.*, 2017; Sousa & Carvalho, 2017). Nos casos de P1 e P2 foi possível verificar que ocorreu uma melhoria significativa, passando a problema moderado, o que permitiu uma maior participação das mesmas no seu processo de reabilitação. Já no caso de P3 manteve-se como um problema grave, embora este tenha referido melhorias, passando a dor de um grau 8 para um grau 6.

No grupo B, a dor apresentou-se como problema grave para P5, como problema moderado para P6 e como problema ligeiro para P4, P7, P8 e P10. P9 era a única participante que não manifestava

dor. Como intervenções priorizaram-se a otimização de terapêutica (Brunani *et al.*, 2015), tendo sido feitos ensinamentos ao cuidador. E foram também utilizadas outras estratégias para alívio da dor, como a massagem terapêutica e o relaxamento através da execução de exercícios e do uso de posição de conforto (Bjartmarz *et al.*, 2017). Kisner & Colby (2016), referem que a dor pode ser motivo de impedimento para a adesão ao programa de reabilitação, pelo que deve ser minimizada. Ao longo das várias intervenções pudemos verificar que ocorreram melhorias, que em todos os casos permitiram uma maior colaboração da pessoa, que se manifestava também por uma maior funcionalidade. Assim, na avaliação final, após intervenção, a dor apresentou-se como problema ligeiro para P4, P5, P7, P8 e P10; e deixou de representar um problema para P6.

Indo de encontro ao que a literatura descreve, no programa de reabilitação implementado os exercícios eram realizados com sequências de 10 repetições, que eram realizadas 2-3 vezes por dia, durante 30 minutos (Vloothuis *et al.*, 2015; Sousa & Carvalho, 2017). E, três vezes por semana, no caso do Grupo B em que era feita visita domiciliária. Já no grupo A a intervenção era diária. Relativamente ao cuidador foram feitos ensinamentos, para que este pudesse dar continuidade aos exercícios na ausência do enfermeiro de reabilitação (Bjartmarz *et al.*, 2017; Vloothuis *et al.*, 2015).

O equilíbrio assume uma função fundamental para que a pessoa possa adquirir a posição ortostática. Pelo que foi realizado treino de equilíbrio em todos os casos, tendo sido o mesmo adequado em função da avaliação feita à pessoa em termos de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e na posição ortostática. Assim, o treino de equilíbrio começava por ser feito com a pessoa sentada na cama, suportando o peso do tronco com as mãos apoiadas na cama, e com os pés firmemente apoiados no chão (Coelho *et al.*, 2017). E, após verificar se apresentava equilíbrio estático na posição de sentada, o enfermeiro induzia um ligeiro balanço no tronco da pessoa, de forma a esta compensar o movimento recuperando o equilíbrio; ou era-lhe pedido que levantasse os braços para a esquerda e para a direita, e para a frente e para trás, sempre na sua presença. Prosseguindo para o treino de equilíbrio na posição de pé, era pedido à pessoa para deslizar até à beira da superfície em que estava sentada até ficar na posição de pé, tendo-se utilizado o andador como apoio fixo na maior parte dos casos (OE, 2018c). Durante a realização destes exercícios a pessoa era também ensinada a controlar a respiração, de modo a gerir o esforço e a evitar reações vagais (Coelho *et al.*, 2017). Procurando contribuir para a melhorar o equilíbrio e preparar para o levante no grupo A e no caso de P4, P5, P6, P7 e P10 foram também realizadas algumas atividades terapêuticas, nomeadamente o rolar e a ponte. Pois este tipo de exercícios lombopélvicos contribui para ativar a musculatura do tronco, estimula a sensibilidade postural, estimula a mudança de posição no leito e prepara para efetuar a posição de sentado e a posição ortostática (Coelho *et al.*, 2017).

No que diz respeito ao treino de levantar/transferências, as pessoas que careciam desta intervenção eram as que se encontravam incluídas no grupo A e, P4, P5, P6 e P10. Pois P7, P8 e P9 realizavam levantar com pouca ajuda. No caso do grupo A foi feito primeiro levantar nas 24-48h após a cirurgia, uma vez que o levantar deve ser realizado o mais precocemente de modo a evitar complicações da imobilidade e para promover o autocuidado, treinar o equilíbrio e preparar para o treino de marcha (OE, 2013). Visto que se tratava do primeiro levantar foram tidos em consideração alguns cuidados, nomeadamente a elevação progressiva da cabeceira até aos 90º, o treino de equilíbrio na posição de sentado e a avaliação dos parâmetros vitais. Além disso, foi ainda tida em conta a situação clínica da pessoa, o seu estado físico (nomeadamente a avaliação da sua força muscular), e a sua possível colaboração (Coelho *et al.*, 2017). Pois a técnica de transferência deve garantir a segurança da pessoa e do enfermeiro, pelo que é fundamental avaliar também o seu grau de dependência e a sua estrutura física, de forma a selecionar o método de transferência mais adequado (OE, 2013). Assim, no grupo A, aquando do primeiro levantar as pessoas foram primeiro sentadas na cama, foram avaliados os sinais vitais (nomeadamente a tensão arterial), foi avaliado o equilíbrio na posição de sentado e foi pedida a sua colaboração para realizar transferência para o cadeirão, explicando o procedimento e reforçando que não deveriam fazer carga total no membro operado. Como auxílio na transferência utilizou-se o andarilho. Nas várias sessões que efetuámos junto de P1, P2 e P3, estes foram-se mostrando progressivamente mais autónomos no levantar e transferências.

No caso de P6 e P10, que também tinham sofrido fratura da extremidade superior do fémur, visto que a intervenção foi no domicílio, já numa fase mais avançada da sua recuperação, ambas as participantes já conseguiam realizar levantar e transferências, ainda que com ajuda.

Quanto a P4, que apresentava fratura supracondiliana do fémur com imobilização do membro com tala gessada, inicialmente o levantar e transferência para cadeira de rodas era feito com apoio totalmente compensatório e, era utilizada uma tábua para manter o membro em extensão na cadeira de rodas. Três meses após a queda, em ida a consulta de ortopedia, foi retirada tala gessada e indicada a utilização de joelheira com imobilização lateral, continuando a não dever efetuar carga no membro inferior direito. Progrediu-se então para o treino de levantar de forma autónoma conseguindo sentar-se na beira da cama e fazer levantar com auxílio de andarilho, mantendo equilíbrio estático na posição de pé.

Já P5, por apresentar limitações graves ao nível da sua funcionalidade, necessitava de apoio totalmente compensatório no levantar/transferência da cama o cadeirão. Em todos os casos foi feito treino de levantar/transferência com o cuidador e foram reforçados ensinamentos (Bjartmarz *et al.*, 2017) relativamente à técnica e aos cuidados a ter para prevenção de quedas, recomendando-se que a pessoa que está a ser transferida utilize calças e calçado fechado e antiderrapante (OE, 2013).

Relativamente à sua evolução, aquando da avaliação final P4, P6, P7, P8, P9 e P10, encontravam-se autónomos na realização de levante, necessitando apenas de supervisão e de um apoio parcialmente compensatório, por vezes. Já P5 continuava a necessitar de um apoio totalmente compensatório, apresentando também incapacidade para a marcha.

Relativamente à marcha (“andar”), em todos os casos as pessoas apresentam dificuldade e necessitavam de utilizar auxiliares de marcha (“deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento”). A preparação para o treino de marcha incluiu sempre a realização de mobilizações terapêuticas (para manter a amplitude de movimento articular e promover o fortalecimento muscular), posicionamentos e atividades terapêuticas no leito, treino de equilíbrio e realização das AVD’s para as quais a pessoa tinha capacidade (Cavalcante *et al.*, 2018; OE, 2013). Pois o papel do EEER deverá passar por ensinar e instruir a pessoa a iniciar e realizar o movimento que conseguir, auxiliando-a a completá-lo até atingir amplitude máxima adequada à sua situação clínica e à atividade que deseja realizar, promovendo a sua funcionalidade (OE, 2009b).

Quando a pessoa apresentava equilíbrio estático de pé, era iniciado treino de marcha. Quanto aos auxiliares de marcha, foram selecionados de acordo com a situação clínica, idade e grau de dependência da pessoa. Uma vez que o objetivo do uso de auxiliares de marcha é reduzir a carga na parte inferior do corpo, foram sempre avaliadas a mobilidade e a força muscular da parte superior do corpo, de modo a garantir o seu uso eficaz (OE, 2013). Aquando do treino de marcha, foram tidos em conta alguns cuidados em relação à segurança da pessoa, nomeadamente garantir que não existiam obstáculos à sua passagem e que o piso se encontrava limpo e seco, eram definidos pontos de repouso durante o percurso sempre que necessário (p.e. era colocada uma cadeira a meio do percurso), verificava-se se as borrachas dos auxiliares de marcha se encontravam intactas e eram ajustados à altura da pessoa, que era aconselhada a utilizar calçado fechado e antiderrapante e, calças, para que o enfermeiro a pudesse apoiar (OE, 2013). No grupo A, foi também utilizado um cinto de transferência, de que o serviço de ortopedia dispunha, e que permitia apoiar a pessoa durante o treino de marcha. Assim, durante a realização do treino de marcha a pessoa foi instruída sobre a técnica a executar, foi dado apoio sempre que necessário e foi sempre feita supervisão do procedimento, garantindo as condições de segurança e prevenindo acidentes, como quedas (OE, 2013). O cuidador foi também instruído relativamente ao treino de marcha e uso de auxiliares sempre que necessário, de modo a garantir uma maior autonomia do seu familiar (Bjartmarz *et al.*, 2017). Por exemplo, relativamente a P10 foi fundamental reforçar os ensinamentos à cuidadora no uso do andarilho, uma vez que a participante apresentava descoordenação motora, com marcha tipo parkinsoniana e esquecia-se de utilizar o

andarilho, devido a problemas de cognição que tinha, sendo necessário verbalizar sempre como deveria fazer (p.e. “primeiro avança o andarilho, depois a perna operada e, por fim, a perna boa”⁴²).

No que respeita aos auxiliares de marcha utilizados, o Grupo A, P4, P6, P9 e P10 utilizavam ou passaram a utilizar o andarilho como auxiliar de marcha; P7 utilizava uma bengala e recorria-se do apoio de terceira pessoa; e P8 utiliza uma canadiana para deambular. O andarilho tem como principal função aumentar a base de sustentação, proporcionando uma maior estabilidade e melhorando o equilíbrio, o que permite uma descarga parcial ou total a nível dos membros inferiores. Pelo que este foi escolhido para Grupo A e para P6 e P10, visto que por se encontrarem no período pós-operatório devido a fratura da extremidade superior do fémur não podiam efetuar carga total no respetivo membro inferior (Coelho *et al.*, 2017). Em relação a P4, este também foi utilizado para permitir que não fosse efetuada carga no membro inferior direito, uma vez que esta se encontrava a cumprir tratamento conservador devido a fratura supracondiliana do fémur. Já no caso de P9 o andarilho era utilizado porque apresentava alterações do equilíbrio, sendo que após manifestar melhorias ao nível do equilíbrio e força muscular foi possível progredir para treino de marcha com bengala (auxiliar de marcha que utilizava anteriormente). Em todos os casos foi utilizado andarilho fixo.

A bengalas possuem a função de alargar a base de sustentação para melhorar o equilíbrio, permitindo uma maior estabilidade dinâmica. E estão aconselhadas em doenças articulares degenerativas (Coelho *et al.*, 2017). Pelo que este era o auxiliar de marcha utilizado por P7. Foi feita tentativa de treino de marcha com andarilho por esta apresentar alterações do equilíbrio, no entanto, devido ao pouco espaço que a sua casa possuía, não se conseguiu adaptar. Quanto a P8, utilizava uma canadiana para deambular, que lhe permitia adquirir maior equilíbrio e estabilidade, bem como uma maior segurança, principalmente quando se deslocava a distâncias maiores e no subir/descer escadas. Assim, foi possível observar que em todos os casos os participantes apresentavam dificuldade moderada a grave no “Andar”, pelo que necessitavam de “Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento”, sendo que a maior parte apresentava também aqui dificuldade grave a completa necessitando da ajuda de dois ou mais ponto de apoio ou mesmo de cadeira de rodas, na avaliação inicial. Após intervenção de enfermagem de reabilitação foi possível obter melhorias com uma maior autonomia ao nível da marcha em todos os casos, à exceção de P5. Embora o Grupo A e P4, P6 e P10 tivessem continuado a utilizar andarilho, apenas necessitam de um apoio parcialmente compensatório em alguns casos e noutros, apenas supervisão.

De um modo geral, as melhorias no que respeita à mobilidade (Mudar a posição básica do corpo; Manter a Posição básica do Corpo; Utilização da Mão e do Braço; Andar; Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento) contribuíram também para que as pessoas tivessem maior facilidade no

⁴² Referido pelo enfermeiro, conforme notas de campo de P10.

“Realizar a rotina diária”, obtendo ganhos ao nível do “Autocuidado”. Pelo que, visto ser também objetivo do projeto de intervenção a capacitação da pessoa dependente para o autocuidado, na nossa intervenção procurámos incluir exercícios orientados durante a realização das AVD’s (Bjartmarz *et al.*, 2017; Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014), também na perspetiva de rentabilizar o tempo de que dispúnhamos. Pois um dos objetivos primordiais do EEER é capacitar a pessoa de modo a que esta seja o mais funcional possível no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação (Vigia *et al.*, 2017). Assim, de modo a promover o autocuidado da pessoa foi também feito ensino, treino e supervisão de AVD’s (Cavalcante *et al.*, 2018; Bjartmarz *et al.*, 2017; Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014; Vigia *et al.*, 2017), no qual também foi incluído o cuidador, nomeadamente no que respeita aos participantes do grupo B em contexto domiciliário. O treino de AVD’s, revela-se, portanto, como uma intervenção fundamental do EEER, uma vez que proporciona a aquisição da máxima funcionalidade e qualidade de vida através de estratégias adaptativas e de produtos de apoio⁴³ (Vigia *et al.*, 2017).

No grupo A, o treino de AVD’s foi efetuado durante a prestação de cuidados, nomeadamente nos cuidados de higiene, e aquando do levantar e treino de marcha, incentivando sempre a pessoa a fazer tudo aquilo que conseguisse. Relativamente aos cuidadores, o treino de AVD’s foi feito durante a sessão de ensinamentos que era programada antes da alta hospitalar, onde foram dadas indicações relativamente à forma como deveriam proceder para realização dos autocuidados no domicílio, nomeadamente em relação: à técnica de transferência para a banheira (incentivando a utilizar um banco ou tábua de transferência) ou utilizar preferencialmente uma base de chuveiro (com barras de apoio, um banco e tapete antiderrapante); ensinar sobre como efetuar os cuidados de higiene, utilizando por exemplo esponja com cabo para facilitar o alcance a áreas menos acessíveis; utilizar um elevador de sanita no caso de esta ser demasiado baixa; ensinar sobre a transferência para a cama/cadeirão e sobre os posicionamentos a adotar no leito; ensinar sobre a técnica de calçar-se (incentivando ao uso de produtos de apoio como a calçadeira), ensinar sobre como apanhar objetos do chão utilizando por exemplo pinça com íman como produto de apoio; aconselhar a dispor os móveis da casa deixando espaço para circular sem obstáculos; ensinar sobre como efetuar transferência para o carro; e instruir sobre a prevenção de quedas (não andar em pavimentos molhados, ou com irregularidades; tirar tapetes do chão; não deixar fios elétricos no chão; e possuir uma boa iluminação dentro de casa) (Coelho *et al.*, 2017).

No que respeita à intervenção junto do grupo B, uma vez que um dos objetivos deste plano de intervenção é a capacitação da pessoa/cuidador, foi utilizada como estratégia o ensino, nomeadamente no que respeita ao treino de AVD’s. Visto não existir nenhum instrumento validado

⁴³ Os produtos de apoio são qualquer instrumento (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e *software*), especialmente produzido ou geralmente disponível para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitação da atividade e restrições na participação (ISO, 2016).

em Portugal que avalie as necessidades de conhecimento/aprendizagem do cuidador, desenvolvemos inicialmente uma *checklist* para acompanhamento dos ensinamentos, que incluía os seguintes conceitos: Alimentação; Uso do Sanitário; Vestuário; Higiene; Eliminação Intestinal; Eliminação Vesical; Levante/Transferências; Posicionamentos; Marcha/Auxiliares de Marcha; Comunicação; Exercícios Terapêuticos; Controlo da Dor; Produtos de Apoio; Prevenção de Quedas; e Prevenção de Úlceras por Pressão. Assim, os ensinamentos feitos ao cuidador no domicílio foram efetuados de acordo com os conceitos acima descritos e com base nas necessidades identificadas, nomeadamente no que respeita à satisfação das AVD's. Pois grande parte dos casos do grupo B, segundo o Índice de Barthel, apresentavam dependência severa na realização das AVD's. Pelo que de acordo com a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, quando a pessoa não tem capacidade para realizar as suas atividades de vida de forma a satisfazer o seu autocuidado, é necessário que outrem assegure a sua satisfação (Orem, 2001), tendo aqui o cuidador um papel fundamental. É por isso necessário instruí-lo, para que possa desempenhar o seu papel de cuidar. Como tal, sempre que era identificada uma necessidade de aprendizagem no que diz respeito às AVD's, nomeadamente em relação ao vestir/despir, aos cuidados de higiene ou ao comer/beber, procurávamos combinar com o cuidador uma hora em que a pessoa realizasse essas atividades para que ambos pudessem fazer treino e ser instruídos relativamente às mesmas. Além disso, o cuidador foi aconselhado a estimular sempre a pessoa para a realização do seu autocuidado, pois tal é fundamental para que esta se torne o mais autónoma possível, contribuindo para a sua recuperação e para o aumento da sua autoestima, dando sempre reforço positivo (Bjartmarz *et al.*, 2017). Assim, o cuidador só devia ajudar a pessoa naquilo que não conseguisse fazer sozinha (Menoita, 2012).

A intervenção do EEER no domicílio, abrangendo a pessoa que necessita de cuidados e o cuidador, possibilita uma melhor recuperação e uma melhor aprendizagem, pois decorre nas condições reais do seu dia-a-dia (Alves, 2014). O que aumenta a confiança e melhora a qualidade de vida, tanto da pessoa com limitações da atividade e restrição da participação como do cuidador, reduzindo a necessidade de suporte social e os custos de saúde a longo prazo (Vigia *et al.*, 2017). Pelo que a nossa intervenção, muitas vezes sem produtos de apoio, foi sobretudo adaptada às condições do domicílio da pessoa/cuidador, promovendo a sua máxima funcionalidade de acordo com o seu contexto social e económico.

Assim, o treino de AVD's e os ensinamentos realizados, no que respeita a P4, P6 e P10, foram em muito idênticos ao que foi referido para o Grupo A, visto que as problemáticas eram semelhantes. E ao longo da nossa intervenção foram também sendo dadas metas em relação ao autocuidado (p.e. no caso de P4, procurar colaborar nos cuidados de higiene, lavando todas as partes do corpo acessíveis, assumindo a posição de sentada; e não ser a cuidadora a fazer a higiene total no leito).

Já no que respeita a P7, P8 e P9, e aos respetivos cuidadores, a nossa intervenção foi no sentido de os estimular para a importância de realizarem todas as atividades de autocuidado que conseguissem, visto ser fundamental para a sua autonomia. Nestes, focámo-nos mais na sua reabilitação funcional motora, pois era essa a sua principal necessidade, uma vez que as limitações que apresentavam na realização do seu autocuidado eram devido a alterações do equilíbrio, diminuição da força muscular e dificuldade na marcha.

Relativamente a P5, que era totalmente dependente nos seus autocuidados, foram sobretudo feitos ensinamentos e treino de AVD's aos cuidadores, apelando para a necessidade de estimular sempre o lado afetado (Menoita, 2012). Pois P5 apresentava hemiplegia do membro superior e hemiparesia do membro inferior à esquerda, devido a AVC, o que limitava muito a sua capacidade para a realização do seu autocuidado. Há a referir que no autocuidado alimentação após avaliação da deglutição de acordo com a Escala de GUSS, se verificou que esta apresentava reflexo de deglutição diminuído para sólidos e líquidos, apenas com sucesso para semissólidos, tendo-se constatado disfagia moderada e risco de aspiração. Pelo que foi aconselhada a textura semissólida ou consistência pastosa para os alimentos e a adição de espessante aos líquidos (Ferreira *et al.*, 2018). Além disso, os cuidadores foram também aconselhados a estimular P5 para que se alimentasse pela própria mão, sempre que possível. Pelo que, para tal esta devia encontrar-se corretamente sentada (com o tronco ereto), com uma superfície de trabalho ou mesa de apoio com altura adequada, e com alinhamento do membro superior afetado sobre a mesa (Menoita, 2012), devendo o espaço da refeição encontrar-se também iluminado. Os cuidadores foram também aconselhados a utilizar pratos com rebordo, talheres com cabo grosso e um copo adaptado, de modo a facilitar a alimentação a P5 pela sua própria mão. Foram ainda feitos ensinamentos em relação ao risco de aspiração, pois nas pessoas com disfagia devido a AVC, metade chegam a desenvolver aspiração e um terço destas pessoas desenvolvem pneumonia de aspiração (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017). Além disso, foram também feitos ensinamentos relativamente à avaliação da glicémia capilar, controlo dos valores e administração de insulina, uma vez que os cuidadores apresentavam algumas dificuldades.

Embora o treino de atividades instrumentais de vida diária seja também referido na literatura como importante no processo de reabilitação, uma vez que apresenta benefícios a nível físico, cognitivo e proporciona maior independência funcional (Vigia *et al.*, 2017), não foi incluído no plano de intervenção por todos os participantes serem dependentes neste aspeto, sendo o cuidador responsável pelos mesmos e não demonstrando em nenhum caso dificuldades.

Ainda no que respeita ao domínio físico, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem de reabilitação dirigidas às “funções da respiração”, embora em nenhum dos casos o motivo de intervenção do EEER fosse alterações respiratórias. Pois as alterações da mobilidade podem acarretar

complicações respiratórias, principalmente nas pessoas que permanecem muito tempo no leito. Uma vez que o movimento restrito do tórax em decúbito dorsal contribui para uma menor excursão diafragmática, para uma redução progressiva na amplitude do movimento torácico e para uma respiração mais superficial com consequente aumento da frequência respiratória. Tal, “associado à ineficácia do revestimento ciliar e à fraqueza dos músculos abdominais, que reduzem a efetividade da tosse, facilita a acumulação de secreções, predispondo à infeção” (OE, 2013: 24). A RFR, enquanto área de intervenção prioritária do EEER, pode desempenhar aqui um papel preventivo preponderante. Pois consiste no uso de técnicas, baseadas essencialmente no controlo da respiração, posicionamento e movimento, que visam melhorar as trocas gasosas, os sintomas resultantes das alterações fisiopatológicas, e os desequilíbrios da relação ventilação/perfusão (Q/V) (Gomes & Ferreira, 2017).

Assim, no grupo A foram desenvolvidos exercícios de consciencialização da respiração, exercícios de reeducação diafragmática e de reeducação costal, com o objetivo de melhorar a ventilação alveolar e prevenir complicações no pós-operatório, como atelectasias e pneumonias (Sousa & Carvalho, 2017). Sendo que em nenhum dos casos as pessoas desenvolveram complicações respiratórias no pós-operatório.

No grupo B em todos os participantes foi feita reeducação funcional respiratória de caráter preventivo, uma vez que estes por comprometimento da sua mobilidade poderiam desenvolver algum tipo de complicação, principalmente no que respeita a P4, P5 e P7, que permaneciam mais tempo no leito. Assim, foram seguidas as intervenções de RFR identificadas no plano de intervenção (Tabela n.º 4), salientando-se exercícios de consciencialização e controlo da respiração (p.e. reeducação diafragmática e expiração com os lábios semicerrados), abertura costal global com bastão (p.e. utilizando uma bengala), e reeducação costal seletiva da porção lateral com abertura (p.e. utilizando uma garrafa de água de 0,5L cheia como peso), contribuindo para uma melhor ventilação alveolar e também para promover a função motora (Cordeiro & Menoita, 2012).

P7 foi o único caso em que a participante apresentou alterações respiratórias, uma vez que contraiu uma pneumonia, pelo que foi necessário fazer antibioterapia. Como sintomatologia apresentava tosse e farfalheira, e na auscultação pulmonar foi possível ouvir alguns roncosp dispersos em ambos os pulmões. E, não conseguia expelir secreções, pelo que no que respeita à RFR foi necessário também fazer exercícios de tosse dirigida e assistida e de drenagem postural, com associação de manobras acessórias, nomeadamente vibrocompressões e percussões. Após a execução destas técnicas P7 conseguia expelir algumas secreções e manifestava “alívio”⁴⁴. Foi também aconselhada a permanecer mais tempo sentada e a utilizar uma almofada mais alta, bem como a realizar a técnica de tosse dirigida várias vezes ao dia, de modo melhorar a função respiratória e a

⁴⁴ Referido pela pessoa P7, conforme notas de campo.

facilitar a limpeza das vias aéreas (OE, 2018b). Durante cerca de uma semana foi necessário priorizar os exercícios de reabilitação respiratória, sendo que ao fim de 10 dias já não apresentava sintomatologia respiratória.

De um modo geral, e tendo em conta as avaliações feitas através do índice de Barthel e do conceito “Autocuidado” do ENCS, pudemos verificar que ocorreram ganhos em relação à autonomia e funcionalidade das pessoas incluídas quer no grupo A quer no grupo B.

Assim, no grupo A através da avaliação do Índice de Barthel verificou-se que apresentavam inicialmente uma dependência severa na realização das suas AVD's, tendo passado para uma dependência moderada aquando da alta. Já no que respeita ao ENCS, verificou-se que na avaliação inicial todos apresentavam o conceito “autocuidado” como um problema grave (P1 – 72,92%; P2 – 62,5%; P3 – 68,75%), tendo este passado a problema moderado no caso de P1(47,92%) e P2 (45,83%). Já no caso de P3 manteve-se como problema grave (52,08%), no entanto verificaram ganhos de 16,67%. Os maiores ganhos verificaram-se no caso de P1 e P2, o que poderá estar relacionado com o fato de ambas as participantes apresentarem inicialmente alterações ao nível das funções da orientação, consciência, memória e atenção, que não lhes permitiam colaborar na realização do seu autocuidado, tendo depois melhorado. Sendo que ao se apresentarem orientadas e conscientes da sua situação passaram a colaborar mais nos cuidados de enfermagem de reabilitação e na concretização das suas AVD's, apresentando melhorias ao nível do autocuidado. Já P3 apesar de se encontrar consciente e orientado ao longo de todo o processo de cuidados, manteve-se sempre muito ansioso e com dor, o que não me permitiu colaborar mais na realização do seu autocuidado e nas intervenções de enfermagem de reabilitação. Assim, apenas se obtiveram ganhos de 16,7% em relação ao autocuidado. A média de ganhos do grupo A no conceito “autocuidado” foi de 19,45%.

No grupo B, todos os casos apresentavam também o autocuidado como um problema grave na avaliação inicial, tendo este evoluído para problema moderado em quase todos os casos. Tivemos como exceções P4, em que o autocuidado se manteve como problema grave (50%), embora se tenham obtido ganhos de 20%; e P5, em que o autocuidado se manteve também como problema grave (68%), tendo-se obtido ganhos de 27%. O fato de estas duas participantes não terem obtido melhores resultados ao nível da autonomia no seu autocuidado pode ter sido devido a não conseguirem realizar marcha devido às suas incapacidades. Pois embora P4 tivesse iniciado treino de marcha com andador, apenas tolerava curtas distâncias e sempre com auxílio de terceira pessoa; e P5 devido às sequelas decorrentes do AVC e por não apresentar equilíbrio estático ou dinâmico na posição de pé, não tinha capacidade para efetuar marcha. Além disso, a intervenção do EEER junto de P5 decorreu num curto espaço de tempo, uma vez que, entretanto, esta teve vaga em UMDR para continuar o programa de reabilitação.

No grupo B a média de ganhos no autocuidado foi de 27,43%, sendo que em relação ao grupo A os ganhos obtidos foram de mais 7,98%. Tal, pode estar relacionado com o fato de o período de intervenção ter sido maior e, também por os participantes se encontrarem no domicílio e não hospitalizados devido a agudização por fratura, como ocorreu no grupo A.

Domínio emocional ou psicossocial

Na busca por comportamentos de autocuidado, as ações da pessoa estão envoltas de atitudes, valores, desejos, motivação e percepção de competências, que lhe permitem alcançar de forma mais ou menos eficaz os seus objetivos e expectativas (Petronilho & Machado, 2017). Orem (2001), no seu modelo teórico defende que o controlo da pessoa não deve ser posto de parte, devendo o enfermeiro de reabilitação apoiar a aquisição de competências com vista ao autocuidado. Assim, pessoas que apresentem incapacidades graves e doenças crónicas, embora totalmente dependentes no seu autocuidado, podem ser responsáveis por dirigirem os cuidados “e, em última análise, tornar-se capazes de orientar os outros em como querem que o cuidado seja providenciado de forma a ir ao encontro das necessidades e preferências que definiram” (Hoeman, 2011: 17), privilegiando a sua autodeterminação. Encontrando-se dependentes no autocuidado podem necessitar que outrem desenvolva ações de autocuidado por si. No domicílio, são geralmente os familiares mais próximos que assumem o papel de cuidadores, sendo o tipo de relação que existe entre ambos fulcral para a adaptação à nova situação e para que o processo de cuidados possa ser proveitoso. Pois o envolvimento do cuidador no processo de reabilitação da pessoa, mencionado em grande parte dos estudos analisados, revela a sua importância não só enquanto parceiro na prestação de cuidados, mas também enquanto apoio e elemento encorajador (Aadal *et al.*, 2018; Cavalcante *et al.*, 2018; Bjartmarz *et al.*, 2017), interferindo no domínio psicossocial e emocional.

Assim, ao longo da implementação do projeto de intervenção profissional optou-se por desenvolver um plano de cuidados personalizado e individualizado, que fosse de encontro às necessidades de cada um dos doentes incluídos no estudo de caso (Cruz *et al.*, 2009; Bjartmarz *et al.*, 2017). Para que tal fosse possível, além da avaliação que era feita em relação à pessoa e ao cuidador, procurámos também promover o diálogo e a negociação dos cuidados, definindo expectativas realistas com ambos (Aadal *et al.*, 2018; Bjartmarz *et al.*, 2017). Pelo que logo na primeira intervenção (avaliação diagnóstica), ambos eram incentivados a falar das suas dificuldades, medos e expectativas, fornecendo-lhe desde logo algum suporte emocional e psicossocial (Cavalcante *et al.*, 2018; Loft *et al.*, 2017). E a própria pessoa era estimulada a participar na elaboração do seu plano de cuidados, estando sempre incluída na tomada de decisão em relação ao seu processo de reabilitação (Bjartmarz *et al.*, 2017; Loft *et al.*, 2017). Pois, de acordo com Petronilho & Machado (2017), assim é possível

desenvolver mais competências (mestria) no autocuidado, maior percepção de autoeficácia e melhorias na condição de saúde. Além do que, uma maior autoestima, promovida pelo suporte adequado da equipa de enfermagem e da família/cuidador, são fatores que facilitam a reconstrução da autonomia.

No que respeita ao domínio emocional propriamente dito, através do ENCS foi possível avaliar a dimensão “Funções emocionais” (avalia a adequação, regulação e amplitude das emoções) (Lopes & Fonseca, 2018), na qual de um modo geral todos os participantes do Grupo A e B, apresentaram melhorias após intervenção (Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014). No caso do Grupo A, P1 e P2 por se apresentarem com desorientação espaço temporal e agitação manifestaram algumas alterações no domínio emocional, que foram melhorando. Em relação a P3, era um senhor muito ansioso, manifestando muita dificuldade no domínio emocional, fato que se manteve ao longo de todo o processo de cuidados. Já no Grupo B, P5, P6 e P7, foram as participantes que mostraram mais dificuldades nas “Funções emocionais”. Sendo que P5 apresentava antecedentes de depressão e durante a nossa intervenção demonstrou dificuldades na adequação, regulação e amplitude das emoções. Quanto a P6 e P7 inicialmente apresentaram-se deprimidas e desmotivadas em relação ao seu processo de recuperação. No entanto, ao longo das várias intervenções foi possível verificar melhorias no estado anímico de ambas, o que teve um efeito positivo na sua participação nos exercícios terapêuticos e na sua consequente melhoria ao nível da funcionalidade geral. Nos restantes casos (P4, P8, P9 e P10) foi possível verificar que apresentavam satisfação e gosto por participar no plano que reabilitação que lhes era apresentado, manifestando-se mais colaborantes e motivados sessão após sessão.

No que diz respeito ao cuidador, sendo parte integrante do projeto de intervenção, procurou-se desde o início que este se envolvesse no processo de cuidados, incluindo nos cuidados de enfermagem de reabilitação (Kadda, *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2018; Bjartmarz *et al.*, 2017). Pelo que este muitas vezes era parte ativa do programa de reabilitação, atuando como mediador de exercícios terapêuticos, o que se revelou também como um fator motivacional para a própria pessoa, tal como a literatura descreve (Vloothuis *et al.*, 2015).

Além disso, ao incluir o cuidador num programa de reabilitação é também possível acompanhá-lo, monitorizando os efeitos de sobrecarga, ansiedade, depressão, qualidade de vida etc. e, reconhecer o seu perfil e dificuldades na sua função (Vloothuis *et al.*, 2015). Posto isto, recorremo-nos do instrumento QASCI, através do qual foi possível avaliar a sobrecarga do cuidador informal, embora não fosse esse o principal objetivo do projeto de intervenção profissional. Pelo que nos focámos mais numa análise qualitativa do item “percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo”, onde é autoavaliada a capacidade do cuidador para a prestação de cuidados ao seu familiar e os seus conhecimentos (“consegue fazer a maioria das coisas”; “Capacidade para continuar”; e “conhecimentos suficientes ou experiência”), permitindo assim identificar as suas necessidades e dificuldades. Pois um dos objetivos

era a capacitação do cuidador para a prestação de cuidados e para o seu próprio autocuidado, procurando a autoeficácia e autogestão do cuidado (Bjartmarz *et al.*, 2017). Demonstrando, deste modo, que o acompanhamento do cuidador pelos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (Bjartmarz *et al.*, 2017; Huijben-Schoenmakers *et al.*, 2014) pode contribuir para reduzir a sobrecarga física e psicológica associadas à prestação de cuidados, melhorando a sua qualidade de vida (Vloothuis *et al.*, 2015; Imhof *et al.*, 2015). Assim, e indo de encontro ao que o Modelo de *Empowerment* de Gibson (1991) diz, ao se estabelecer interação com o cuidador procurou-se apoiá-lo psicologicamente, motivá-lo e fornecer-lhe estratégias de *coping* para lidar com a crise, bem como algum suporte na sua nova função (Aadal *et al.*, 2018).

Durante as várias sessões que foram realizadas junto das pessoas incluídas no projeto de intervenção profissional, procurou-se sempre disponibilizar algum tempo para falar com o cuidador (Aadal *et al.*, 2018) em particular, para que este se sentisse mais seguro e para que a pessoa cuidada não se sentisse frustrada por “estar a dar muito trabalho”⁴⁵, como muitas vezes era verbalizado. Pois com frequência os cuidadores negligenciam o seu próprio autocuidado, revelando sentimentos de angústia, que resultam das doenças e da dependência dos seus familiares e da sobrecarga ou exaustão pelo exercício do seu papel. Assim, a atuação do EEER deve ir no sentido de identificar as necessidades do cuidador, procurando desenvolver ações para manutenção do autocuidado do mesmo e, acompanhar e orientar as suas decisões de forma empática, promovendo o seu autoconhecimento (Petronilho & Machado, 2017), tal como procurámos intervir. Pois, segundo os autores anteriormente mencionados, só assim é possível diminuir a sobrecarga e tornar o cuidado agradável.

No Grupo A, não nos foi possível avaliar e acompanhar o cuidador de forma muito próxima, uma vez que os participantes se encontravam num internamento hospitalar após um processo de doença súbita, nomeadamente após fratura proximal do fémur. No entanto, procurou-se sempre incluir o cuidador informal no processo de reabilitação. Para que tal fosse possível, este era contactado telefonicamente após a avaliação diagnóstica, e era feita uma breve entrevista e marcada uma sessão presencial para realização de ensinamentos. Pois é imprescindível que o enfermeiro de reabilitação conheça as variáveis sociodemográficas, clínicas e contextuais da pessoa, com influência no processo de recuperação, de modo a que a sua capacidade de agir e os objetivos funcionais a definir sejam eficazes e eficientes (Martins & Mesquita, 2016), indo de encontro ao que a literatura refere.

No momento da intervenção junto do grupo A, encontrávamo-nos ainda numa fase inicial de desenvolvimento da estratégia de intervenção, pelo que não foi aplicado o QASCI. Por se tratar de uma intervenção num curto espaço de tempo e por não nos ser possível fazer um acompanhamento próximo do relacionamento entre doentes e cuidadores, obtendo mais informações, no que respeita à

⁴⁵ Referido pelas pessoas P4 e P7, conforme notas de campo.

avaliação do conceito “Relação com Amigos e Cuidadores” efetuada através do ENCS, não foi possível observar uma evolução dos *scores* entre a avaliação diagnóstica e a avaliação final. No entanto, de um modo geral, há a referir que todos os cuidadores se mostraram interessados em acompanhar os seus familiares no processo de recuperação, manifestando interesse em aprender o que fosse necessário para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Relativamente ao Grupo B, verificou-se que a “Relação com Amigos e Cuidadores se manteve como Problema Grave e com poucos ganhos nos casos de P5 e P6, o que pode estar relacionado com o fato de os cuidadores não desempenharem a sua função a tempo inteiro e, por manifestarem alguma dificuldade na relação com os seus familiares. Quanto aos restantes participantes incluídos no grupo B, em que os cuidadores desempenhavam a sua função a tempo inteiro, verificaram-se ganhos ao nível da “Relação com Amigos e Cuidadores” evoluindo de problema grave para problema moderado na maior parte dos casos. Sendo que “os prestadores de cuidados pessoais e os assistentes pessoais passaram a prestar todo ou quase todo o apoio necessário”, conforme a avaliação do ENCS. Para tal, pode ter contribuído a intervenção do EEER no âmbito da capacitação do cuidador informal. O fato de a “Relação com Amigos e Cuidadores não ter evoluído para problema ligeiro ou nenhum problema pode dever-se ao fato de a dimensão “Amigos” ter sido avaliada em todos os casos de forma mais depreciativa, visto que a maior parte das pessoas não tinham amigos próximos que prestassem apoio.

Já no que respeita à avaliação dos cuidadores do Grupo B através do QASCI foi possível verificar que 4 cuidadores apresentavam sobrecarga moderada, 2 apresentavam sobrecarga grave, e apenas um apresentava sobrecarga ligeira. Comparando com os resultados do ENCS, na “relação com amigos e cuidadores”, concluímos que todos os cuidadores que apresentavam este conceito como um problema grave, manifestavam também sobrecarga grave a moderada decorrente do seu papel. Relativamente à subescala dos “mecanismos de eficácia e controlo”, verificou-se que C4, C5 e C8 eram os cuidadores que apresentavam maiores dificuldades no “conhecimento, experiência e capacidade para tomar conta”, além do que também não conseguiam fazer a maior parte das coisas de que necessitavam além de cuidar do seu familiar. Pelo que relativamente a estes houve necessidade de uma maior intervenção não só em termos de ensinamentos relativos ao cuidado, bem como em termos de estratégias de *coping* para uma melhor gestão do cuidado e diminuição do *stress* e sobrecarga. Pois também estes apresentavam sobrecarga grave, no caso de C5 e C8 no *score* total do QASCI e, C4 apresentava sobrecarga moderada. C9 e C6 apresentavam sobrecarga ligeira, nos mecanismos de eficácia e controlo e, C9 apresentava também sobrecarga ligeira no *score* total do QASCI, pelo que no caso de C9 a intervenção junto da mesma foi mais de carácter formativo, reforçando alguns ensinamentos no que respeita à reabilitação de P9. Quanto a C7 e C10 a sobrecarga era moderada, tanto na subescala “mecanismos de defesa e controlo, como no *score* total do QASCI, pelo que foram realizados ensinamentos de acordo com a

checklist e de acordo com as necessidades identificadas. Além disso, assim como relativamente a C4, C5 e C8, foram também fornecidas algumas estratégias de *coping* por forma a diminuir a sobrecarga e stress associados ao papel de cuidador, bem como em relação a C6 que apresentava sobrecarga moderada.

Relativamente aos ensinamentos realizados ao cuidador, de acordo com a *checklist* desenvolvida para validação dos mesmos, foi possível verificar em todas as situações uma evolução positiva, com aquisição de novos conhecimentos que facilitaram o cuidado ao seu familiar. Diversos estudos têm demonstrado que quando os cuidadores familiares apresentam um maior envolvimento, também apresentam melhores resultados na diminuição da sobrecarga e no cuidado prestado à pessoa cuidada. Principalmente quando se sentem apoiados, pois conseguem responder às atividades que já desempenhavam antes de assumir esse papel e às que lhe são exigidas no momento, fazendo com que o acréscimo de tarefas não tenha um impacto negativo no seu dia-a-dia (Peixoto & Machado, 2016a). Os programas de intervenção têm, aqui, um papel preponderante, uma vez que ao desenvolverem intervenções adequadas às necessidades específicas da pessoa cuidada e do cuidador, contribuem para que o cuidado seja executado de forma eficaz, diminuindo os impactos negativos resultantes do mesmo e obtendo ganhos em saúde. Pelo que apresentamos de seguida um quadro resumo das avaliações obtidas durante a implementação do projeto de intervenção profissional “Proposta de Capacitação para a Pessoa com alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, bem como os ganhos médios obtidos nas várias dimensões em que houve intervenção de enfermagem de reabilitação.

	Grupo A			Grupo B			Ganhos Médios Finais Obtidos
	Av. Inicial	Av. Final	Ganhos Totais	Av. Inicial	Av. Final	Ganhos Totais	
Funcionalidade Geral	48%	29,33%	18,67%	49,39%	35,39%	14%	16,34%
Autocuidado	68,06%	48,61%	19,45%	71,86%	44,43%	27,43%	23,44%
Aprendizagem e Funções Mentais	40,28%	19,44%	20,84%	23,14%	15,86%	7,28%	14,06%
Comunicação	35,42%	18,75%	16,67%	49,29%	36,43%	12,86%	14,77%
Relação com amigos e Cuidadores	33,33%	33,33%	0%	53,29%	44,86%	8,43%	4,22%
Média Global de Scores	45,02%	29,89%	15,13%	49,39%	35,39%	14%	14,57%
Índice de Barthel	31	56	25	34	75	41	33

Tabela 17 - Média Global de Scores do ENCS e do Índice de Barthel, no Grupo A e B.

Observando os quadros correspondentes às avaliações do ENCS, quer no grupo A quer no grupo B, é possível verificar que em todos os casos havia necessidade de intervenção de enfermagem de reabilitação, pois todos eles apresentavam o seu autocuidado como um problema grave e a sua funcionalidade em geral surgia como um problema moderado (P2, P3, P4, P6, P9, P10) a grave, em alguns casos (P7, P5, P8, P1).

Quanto às avaliações do ENCS e do Índice de Barthel, foi possível verificar que após a intervenção de enfermagem de reabilitação se obtiveram ganhos em todos os casos, nomeadamente no que respeita ao autocuidado e à funcionalidade em geral. No grupo A obtiveram-se ganhos de 18,67% na funcionalidade em geral. Já no grupo B os ganhos foram de 14%. P5 foi o caso em que se obteve um maior ganho (26,75%) na funcionalidade em geral, o que pode ter acontecido por esta ter partido também de uma maior situação de dependência, tal como aconteceu nos casos de P1 e P2. No entanto, no grupo B P5 continuou a ser o caso que apresentava maiores dificuldades na realização do seu autocuidado (problema grave 68%) e na funcionalidade em geral (problema moderado 47,5%). Já P8, P9 e P10, eram os casos que apresentavam menores limitações no seu autocuidado (37%, 32% e 35%, respetivamente) e na funcionalidade em geral (35,5%, 29,75% e 30,75%, respetivamente), após a nossa intervenção. P4 era o caso que apresentava maior funcionalidade (28,5%), no entanto mantinha o autocuidado como um problema grave (50%) devido às suas limitações físicas. Para a sua funcionalidade poderá ter contribuído o suporte da “relação com amigos e cuidadores”, bem como o fato de manter a “comunicação” e a “aprendizagem e funções mentais” como um problema ligeiro, tendo-se mostrado sempre muito motivada em todo o seu processo de reabilitação. Por fim, em P6 e P7, foi possível também observar ganhos de 9,25% e 13,5% na funcionalidade geral, respetivamente. Sendo que os maiores ganhos obtidos foram ao nível do autocuidado. Para tal, contribuiu em muito a capacitação e envolvimento dos cuidadores no processo de reabilitação dos participantes. Sendo que através da *checklist* de validação dos ensinios foi possível observar uma aquisição gradual de conhecimentos e competências por parte dos mesmos.

Deste modo, além dos ganhos demonstrados através da avaliação feita no ENCS e no Índice de Barthel, obtiveram-se outros, que pudemos observar ao longo das várias intervenções, nomeadamente: a promoção do autocuidado e capacitação da pessoa, que se refletiu em ganhos na funcionalidade geral, no autocuidado da pessoa e no seu grau de independência nas AVD's, tanto no grupo A como no grupo B; um consequente aumento da mobilidade, bem como a prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, com ganhos a nível da força, da capacidade de marcha, do equilíbrio e na realização das AVD's; e, através da capacitação do cuidador, complementando as necessidades de aprendizagem identificadas na *checklist*, e fornecendo-lhe estratégias para uma melhor gestão do cuidado, foi também possível garantir a promoção do seu próprio autocuidado, bem

como a continuidade dos cuidados no domicílio à pessoa dependente, sendo que não se verificou nenhum episódio de agudização ou hospitalização no caso do grupo B. Além disso, embora as dimensões seguintes não tenham sido avaliadas, acreditamos que a intervenção especializada de enfermagem de reabilitação contribuiu para ganhos no domínio psicossocial, nomeadamente para a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, para um aumento da autoeficácia e diminuição da fadiga, tanto no que respeita à pessoa como ao cuidador, promovendo a qualidade de vida de ambos. Relativamente à sobrecarga do cuidador informal, embora esta tenha sido avaliada inicialmente através do QASCI, a sua reavaliação não foi feita pelo curto espaço de tempo em que a intervenção decorreu. No entanto, verificou-se que a intervenção dirigida ao cuidador foi também facilitadora da sua função, contribuindo para a diminuição da sobrecarga resultante da mesma. Assim, desenvolvendo uma prática baseada na evidência científica foi possível obter resultados que vão de encontro ao descrito na RSL.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este último capítulo consta de uma análise reflexiva acerca das competências adquiridas ao longo do percurso académico descrito neste relatório, com vista à obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para tal, será feita uma analogia entre as atividades desenvolvidas no âmbito do percurso académico referido e entre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e as Competências de Mestre. Recorrer-nos-emos, portanto, de documentos que regulamentam a profissão de enfermagem, nomeadamente a especialidade de enfermagem de reabilitação, de modo a discutir as competências adquiridas.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, “o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem” (lei n.º 156/2015: 8061) e, nas quais se enquadra a enfermagem de reabilitação. Além do que, as competências especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se estas em competências comuns e competências específicas, próprias de cada área de especialidade. E, pressupõem que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que lhe permitem identificar as necessidades de saúde do grupo-alvo, e atuar em todos os contextos de vida das pessoas e, nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019). Quanto ao grau de mestre decorre também do aprofundamento de competências após obtenção do grau de licenciado e, “é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Decreto lei n.º 63/2016: 3174), tal como acontece na área de enfermagem. Posto isto, importa dizer que na sequência da prática profissional de enfermagem de cuidados gerais foi possível desenvolver competências em vários contextos de prestação de cuidados, nos quais se foi fomentando o gosto pela área de especialidade de enfermagem de reabilitação. Pelo que, através do percurso académico indicado no presente relatório e, tendo por base aprendizagens teóricas e práticas no âmbito das UC's que integram o Mestrado em Associação em Enfermagem de Reabilitação, o objetivo passou por adquirir o grau de especialista em enfermagem de reabilitação, bem como o grau de mestre na mesma área. E, tal como disposto no Código Deontológico, “o enfermeiro assume o dever de (...) assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência

de ações de qualificação profissional” (Decreto-lei n.º 156/2015: 8079), que lhe permitam promover a excelência do seu exercício e a qualidade dos cuidados.

3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria” (Regulamento n.º 140/2019: 4745). E, “envolvem dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, de modo a contribuir para uma melhoria contínua da prática da enfermagem e para a sua evolução” (Regulamento n.º 140/2019: 4744). Com vista à obtenção destas competências, no tronco comum do mestrado através das UC’s de carácter teórico (Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Formação e Supervisão em Enfermagem, Gestão em Saúde e Governação Clínica, Investigação em Enfermagem, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde) foi-nos possível adquirir conhecimentos que à posteriori nos serviram de fundamento à atuação na prática clínica em contexto de estágio e, que também contribuíram para a elaboração deste relatório enquanto elemento produtor de conhecimento.

As competências comuns distribuem-se por quatro domínios, sendo eles: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados; e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019: 4745).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito da sua prática profissional, na área de especialidade, o enfermeiro age de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

No contexto de prática clínica, a nossa intervenção além de ser baseada no conhecimento e evidência científica, teve sempre em conta todos os aspetos deontológicos e legais que regulamentam a profissão, bem como o respeito pela dignidade e liberdade humana, suportando-se também de princípios e valores éticos. Indo de encontro ao que nos diz Nunes (2017b: 13), “Mais poderíamos acrescentar que o enfermeiro se distingue pela sua formação e pela abordagem holística, num

contexto multiprofissional de atuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir”. Assim, de modo a garantir as melhores práticas, bem como a segurança da pessoa, a tomada de decisão além de ser baseada no conhecimento e em aspetos éticos, deontológicos e legais, teve também em conta as preferências da pessoa, procurando respeitar a sua autodeterminação, liberdade e dignidade. Pelo que antes de cada intervenção, a pessoa e o cuidador eram sempre informados de todos os procedimentos e de quais os objetivos, sendo sempre incluídos na tomada de decisão sobre o seu próprio plano de cuidados.

No que respeita à sua privacidade, foram tidos em conta alguns princípios no âmbito das várias intervenções, em ambiente hospitalar e domiciliário. E, uma vez que este relatório tem por base o estudo de caso, que inclui pessoas alvo da prestação de cuidados do EEER, com direito à sua dignidade, privacidade e confidencialidade, todas e quaisquer menções aos mesmos são feitas através de códigos, não permitindo, nunca, identificar a pessoa ou cuidador a quem os dados pertencem.

Ainda no que toca à proteção dos direitos humanos há a referir que foram respeitados todos os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas de cada pessoa/grupo. Pois “Todo o ser humano tem capacidade para gozar os direitos e liberdades estabelecidas (...), sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição” (Organização das Nações Unidas [ONU], 1948).

Para garantir que todos os aspetos referidos anteriormente eram respeitados, foi pedido um parecer à comissão de ética responsável pela instituição onde decorreu o Estágio Final para implementação do projeto de intervenção profissional. No entanto, apesar de este ter sido favorável, foi-nos dado já fora do período regulamentar do Estágio Final, pelo que foram omitidas todas e quaisquer referências à instituição onde o mesmo decorreu. E o termo para consentimento informado (Apêndice II), embora tenha sido redigido, não foi entregue às pessoas alvo dos cuidados. Ainda assim, estas foram sempre informadas sobre o seu processo de reabilitação e sobre o plano de cuidados que era implementado, assegurando o seu consentimento e promovendo a sua autodeterminação relativamente ao seu projeto de saúde e autocuidado.

Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade divide-se em três competências, sendo elas: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019: 4745).

De acordo com os PQCEER, “a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação incorpora os resultados da investigação, as orientações de boas práticas de enfermagem de reabilitação, baseados na evidência, considerados instrumentos imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros de reabilitação, e da qualidade dos cuidados prestados” (OE, 2018a: 7). Assim, ao longo da nossa intervenção foram tidas em conta as orientações de boa prática emanadas pela OE, bem como outras relevantes para a prática do EEER, e, foi elaborada uma RSL (que aguarda publicação), recorrendo-nos da evidência científica atual. Além disso, no âmbito do Estágio de Enfermagem de Reabilitação foi-nos possível colaborar na implementação do projeto de melhoria contínua “Promoção da Independência da Pessoa/Cuidador após Fratura Proximal do Fémur”, e contribuir para a continuidade e qualidade dos cuidados, obtendo ganhos em saúde.

Procurando contribuir para a melhoria contínua e para a qualidade dos cuidados, com o desenvolvimento da estratégia de intervenção profissional aqui apresentada tivemos por objetivo a implementação de um modelo de capacitação para o autocuidado junto da pessoa e cuidador. Pois “na orientação da prática, os modelos de autocuidado (...) revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (OE, 2018a: 6).

Posto isto, o Modelo de Capacitação para o Autocuidado por nós desenvolvido permitiu-nos estruturar e organizar os cuidados de enfermagem de reabilitação, selecionando estratégias, estabelecendo prioridades de melhoria, “incrementando a normalização e atualização de soluções eficazes e eficientes e, avaliando a qualidade das práticas clínicas” (Regulamento N.º 140/2019: 4747). Para tal, recorreremos de indicadores e instrumentos adequados, validados em Portugal e, que nos permitiram extrair resultados sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, que esperamos poder comunicar e divulgar através da publicação de artigos científicos e da concretização do presente relatório. “Pois a monitorização dos ganhos e a produção de indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade, constitui uma prioridade” face às novas exigências em cuidados (OE, 2018a: 5).

A intervenção junto da pessoa foi sempre no sentido de promover uma gestão do ambiente centrada na mesma. Ou seja, procurámos sempre estabelecer uma relação terapêutica, na medida do seu bem-estar, prevenindo incidentes (Regulamento N.º 140/2019). Pois “os fatores ambientais embora externos à pessoa podem influenciar não só a estrutura e função do corpo, mas também o seu desempenho enquanto membro de uma sociedade, no que respeita à capacidade de executar ações e tarefas” (OE, 2018a: 7). Pelo que sendo objetivo do EEER a reeducação e readaptação da pessoa, de modo a que esta possa participar ativamente na sociedade, devem ser prevenidas quaisquer complicações que comprometam a sua funcionalidade. Assim, na prática de cuidados a segurança da pessoa/cuidador foi sempre uma prioridade, pois esta apresenta-se também como um indicador da

qualidade dos cuidados em saúde. Tal como preconiza o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 a nossa intervenção, no que respeita à prevenção de incidentes foi sobretudo na prevenção de ocorrência de quedas e de UP's, na prevenção da infeção, nomeadamente através da realização de RFR de carácter preventivo, e no aumentar da segurança na comunicação. Pois é fundamental estabelecer uma comunicação clara e concisa com a pessoa e cuidador, para que se possam evitar “quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando (...) incidentes com dano para a pessoa” (Despacho n.º 1400-A/2015: 3882-(3)). Além do que a ocorrência de incidentes, como as quedas podem comprometer todo o processo de reabilitação (Cavalcante *et al.*, 2018), causar maiores níveis de dependência, aumentar o risco de hospitalização com maiores custos na saúde, e diminuir a qualidade de vida da pessoa e cuidador. Foram também tidos em conta alguns princípios de ergonomia de modo a evitar danos quer para os profissionais quer para a pessoa/cuidador (Regulamento N.º 140/2019). E o cuidador foi incluído no processo de cuidados, de modo a promover a satisfação das necessidades da pessoa cuidada em situação de dependência, bem como a sua segurança.

Assim, de forma a garantir “a satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado (...), que se constituem como enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2018a: 8), recorreremos de todos os recursos adequados para a prestação de cuidados, incrementando medidas de segurança e de gestão do risco. E “garantindo um ambiente terapêutico” (Regulamento N.º 140/2019) baseámo-nos na premissa de que qualquer intervenção terapêutica tem por base a relação com a pessoa/família e a interface destes com a organização, e os profissionais. Sendo que para a concretização desta é necessária a gestão de sentimentos e a gestão de informação. Pelo que foi sempre disponibilizado tempo e espaço para a expressão de sentimentos, de modo a promover a confiança/segurança no processo de cuidados; e era dada a informação necessária, de forma contextualizada e repetida sempre que necessário, para que a pessoa/cuidador pudesse reorganizar-se e ultrapassar as suas dificuldades (Lopes, 2006).

Competências do domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento N.º 140/2019: 4745).

Como tal, quer na nossa intervenção em contexto hospitalar quer em contexto comunitário/domiciliário, procurámos otimizar os recursos disponíveis por forma a prestar os

melhores cuidados, indo de encontro às necessidades da pessoa/cuidador. Assim, em contexto hospitalar, no serviço de ortopedia, estivemos presentes nas visitas médicas para que fosse possível estabelecer os objetivos para cada doente de acordo com a sua situação clínica. E articulávamo-nos também com os enfermeiros de cuidados gerais, de modo a combinar os horários das nossas intervenções e a estabelecer prioridades, para que fosse possível rentabilizar o tempo assim como os recursos físicos e humanos disponíveis. Além do que era disponibilizada assessoria aos enfermeiros e a toda a equipa, incluindo os assistentes operacionais. Pelo que todos os momentos de cuidados eram aproveitados enquanto momentos formativos, para que fosse possível demonstrar tarefas a delegar e para que toda a equipa pudesse prestar um cuidado eficaz, possuindo também informação adequada para poder colaborar na tomada de decisão em relação ao plano de cuidados. Já no que respeita à preparação para a alta, estivemos sempre em contacto com o cuidador, com a assistente social e com a equipa de gestão de altas para que fosse possível garantir a continuidade dos cuidados no domicílio e/ou para encontrar a melhor resposta social/de cuidados de reabilitação para a pessoa alvo dos cuidados.

No estágio final, em contexto comunitário/domiciliário, os recursos e os meios de que dispúnhamos eram completamente diferentes, dado o contexto de cuidados. Pois muitas vezes o domicílio da pessoa não apresentava as condições necessárias para que esta se pudesse manter em segurança, tendo por exemplo barreiras arquitetónicas que impediam a sua deambulação. E nem sempre dispúnhamos dos materiais necessários para os cuidados de reabilitação (p.e. auxiliares de marcha, pesos, espirómetros, etc.), pelo que era necessário adaptarmo-nos aos recursos e condições de que dispúnhamos. Até porque grande parte das pessoas apresentavam dificuldades económicas e não tinham possibilidade de adquirir os produtos de apoio necessários ou de fazer obras no seu domicílio para adaptar por exemplo a casa de banho. Pelo que os recursos existentes eram negociados com a pessoa/cuidador e adaptados às suas necessidades, de modo a promover a eficiência e qualidade dos cuidados. Já em relação aos restantes membros da equipa multidisciplinar, com quem partilhávamos o veículo para nos deslocarmos a casa das pessoas alvo dos cuidados, todos os dias era feita uma gestão cuidadosa do percurso e do tempo de que dispúnhamos para que fosse possível concretizar todas as visitas domiciliárias. Além do que era mantida uma boa relação com todos, contribuindo para “fomentar um ambiente positivo e favorável à prática” (Regulamento N.º 140/2019: 4749) dos cuidados, que permitia discutir os planos de intervenção individuais em equipa e facilitar a tomada de decisão. E, sempre que era necessário as pessoas eram referenciadas para outros prestadores de cuidados (Regulamento N.º 140/2019). Pelo que, sempre que possível participámos nas reuniões semanais onde eram discutidos os casos dos doentes. E, em colaboração com o

orientador de estágio, procurou-se planejar e avaliar da melhor forma os planos individuais de intervenção dos quais era gestor de caso, nomeadamente dos doentes em programa de reabilitação.

Fazendo uma análise do disposto, e tendo em conta que “o desenvolvimento profissional especializado, assente na prática clínica, será um contributo facilitador para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamental para a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas desta área clínica” (OE, 2018a: 5), e que “a análise dos resultados permitirá identificar oportunidades de melhoria dos cuidados (...) e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e das estratégias em Saúde” (OE, 2018a: 5), podemos dizer que a estratégia de intervenção profissional delineada permitiu tomar decisões, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados, e obtendo ganhos em saúde, nomeadamente no que respeita ao autocuidado da pessoa/cuidador.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; e baseia a sua praxis especializada em evidência científica” (Regulamento N.º 140/2019: 4749).

Uma vez que por interferir com o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, o autoconhecimento se revela uma capacidade fundamental para prática de enfermagem, ao longo deste percurso de aprendizagem com vista à obtenção de competências especializadas, procurou-se sempre trabalhar em equipa e ter um espírito autocrítico, identificando e partilhando dificuldades e dúvidas face ao cuidado e à tomada de decisão, nomeadamente com o professor responsável pelo estágio, com o enfermeiro orientador e com a equipa multidisciplinar. Pois além dos conhecimentos que mobiliza, o enfermeiro necessita também de possuir um elevado conhecimento de si mesmo, uma vez que é o principal agente da relação terapêutica que estabelece com a pessoa e, é da interação e da qualidade da relação que estabelecem que resulta o juízo clínico. Pelo que, o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva, onde o enfermeiro toma conhecimento da situação do outro, e se conhece a si, facilita o desenvolvimento do juízo clínico e a tomada de decisão, promovendo uma prestação de cuidados individualizada e segura (Chalifour, 2008). Além disso, o conhecimento que possuímos de nós mesmos é fundamental para que possamos ser assertivos na forma como interagimos com o outro, bem como para estabelecer uma relação de confiança. E contribui também para que possamos criar “respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (Regulamento N.º 140/2019: 4749). Assim, ao longo deste percurso, foi possível desenvolver competências a nível pessoal e profissional, que permitiram adquirir uma maior segurança nos cuidados, uma maior facilidade em comunicar e em estabelecer relação com a equipa multidisciplinar e com a

pessoa/família, bem como uma maior capacidade de gerir sentimentos e emoções, e de reconhecer conflitos e adequar técnicas de resolução para os mesmos (Regulamento N.º 140/2019).

Na sua prática, o enfermeiro recorre-se das mais variadas fontes de conhecimento para prestar cuidados “(...) cientificamente suportados, tecnicamente rigorosos, centrados em valores, culturalmente competentes (...) colocados ao serviço da situação singular e da procura das melhores respostas, mais adequadas, pertinentes, negociadas para a persecução dos projetos de saúde das pessoas” (Nunes, 2017b: 154). Pelo que deve ser desenvolvida “uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialidade (...)” (Regulamento n.º 392/2019: 13566). Após apreendidas as competências necessárias na UC teórica Investigação em Enfermagem, foi possível dar início à elaboração de trabalhos científicos, que demonstram quer os resultados da prática em contexto clínico quer os resultados da pesquisa realizada, que se concretizaram em revisões sistemáticas da literatura. O que nos permitiu “incorporar novo conhecimento na prática de cuidados; e interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (Regulamento N.º 140/2019: 4749). Assim, temos o artigo “*Theoretical Contributions from Orem to Self-Care in Rehabilitation Nursing*” (Fernandes et al., 2020), que se encontra publicado e que consta de uma RSL; o artigo “*Ganhos da Intervenção dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com base no Modelo de Autocuidado, na Pessoa com Fratura Proximal do Fémur*”, que consta de um estudo exploratório e descritivo, que já foi aceite pela revista *Journal of Aging and Innovation* e que aguarda publicação; e a RSL “*Proposta de Capacitação para a Pessoa com alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*”, que também já foi aceite pela revista *Journal of Aging and Innovation* e que também aguarda publicação. E os dois últimos artigos referidos anteriormente, irão também ser submetidos para o “3rd INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY, Virtual workshop - November – 16-20, 2020” (POCTEC 0445_4ie_4_p), para publicação futura na revista *Lecture Notes in Bioengineering*, ISSN: 2195-271X (Indexed by SCOPUS and Springerlink).

No que respeita à formação, sempre que possível colaborámos nos programas de formação implementados nos contextos de estágio, reconhecendo todos os momentos formativos como elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Além do que procurámos também identificar necessidades formativas, contribuindo para que estas fossem satisfeitas, mesmo em momentos informais. E todos os momentos práticos foram alvo de reflexão, pois devemos “rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas e procurando

adquirir conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes” (Regulamento N.º 140/2019: 4750).

3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

“O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais ou potenciais das pessoas (...). A sua intervenção promove o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida (...). Para tal, utiliza técnicas específicas e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados, e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhe (...) o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/2019: 13565).

Assim, o EEER: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019: 13566).

Cuida de Pessoas com Necessidades Especiais, ao Longo do Ciclo de Vida, em Todos os Contextos da Prática de Cuidados

No contexto de prática clínica foi-nos possível dirigir a nossa intervenção tanto em ambiente hospitalar, num serviço de ortopedia, como em contexto comunitário, numa UCC em que os cuidados eram sobretudo prestados no domicílio da pessoa. Além do que pudemos contactar com pessoas de diferentes faixas etárias, que por limitação da sua atividade e restrição da participação devido a situações de doença aguda ou crónica, ou ainda devido a situações inesperadas (p.e. devido a acidente ou queda), que lhes causaram incapacidades ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências, necessitavam da intervenção de enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

De modo a avaliar a funcionalidade e a diagnosticar precocemente alterações que determinavam limitações da atividade e incapacidades, recorremo-nos de diferentes instrumentos e escalas utilizados

pelo EEER. Tal, permitiu-nos identificar necessidades de intervenção e desenvolver alguma perícia na área de prática especializada de enfermagem de reabilitação. Assim, para avaliação da capacidade da pessoa para realização das suas AVD's utilizámos o Índice de Barthel. E para avaliação da sua funcionalidade, utilizámos o ENCS, focando o autocuidado, comunicação relação com amigos e cuidadores e aprendizagem e funções da memória. Pois é necessário avaliar os fatores facilitadores e inibidores para realização das AVD's, bem como os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e, ainda o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na sua autonomia e qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019). Além destes instrumentos foram utilizados outros, com igual validade na disciplina de enfermagem de reabilitação, nomeadamente a escala de avaliação da força muscular de Lower.

O cuidador, enquanto parte integrante do plano de intervenção do EEER foi também avaliado através do QASCI, com o objetivo de avaliar os seus mecanismos de eficácia e controlo e de prevenir uma possível sobrecarga decorrente do seu papel. E foi também utilizada uma *checklist* para determinação das necessidades de ensino que o cuidador apresentava, de modo a capacitá-lo para o exercício da sua função. Pois o EEER “ensina (...) ao cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado” (Regulamento n.º 392/2019: 13567), uma vez que este, muitas vezes inesperadamente, se vê a tomar conta do seu familiar dependente sem ter os conhecimentos necessários.

Uma vez diagnosticadas as necessidades da pessoa/cuidador, era concebido um plano de intervenção individualizado. Por forma a sistematizar a nossa intervenção, foi elaborada uma estrutura conceptual representando o Modelo de Capacitação para o Autocuidado e foi também construído um plano de intervenção de acordo com as indicações extraídas da RSL e de acordo com as orientações de boa prática. A pessoa e o cuidador eram sempre incluídos na tomada de decisão sobre o seu próprio plano de intervenção, sendo com eles discutidos as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir. Com base nas necessidades identificadas e, tendo em conta os seus objetivos e prioridades com vista à consecução do seu projeto de saúde, eram selecionadas e prescritas intervenções para otimizar e reeducar a função, e reduzir o risco de alterações na funcionalidade, promovendo capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado (Regulamento n.º 392/2019).

Assim, foram implementadas intervenções técnicas, incluindo em programas de reabilitação funcional motora, sensorial, respiratória e cognitiva, e foram reeducadas as funções da alimentação e eliminação, sempre que a pessoa apresentava problemas identificados nas mesmas. E, sempre que necessário foram selecionados e prescritos produtos de apoio, de modo a promover a sua readaptação e funcionalidade. Além do que eram também “ensinadas, demonstradas e treinadas técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado, da continuidade dos cuidados

nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)” e da segurança dos envolvidos (Regulamento n.º 392/2019: 13567).

E, por fim foram “avaliados os resultados das intervenções implementadas”, de modo a determinar os ganhos e, sempre que necessário as estratégias e intervenções foram reformuladas, de forma a atingir os objetivos (redução do risco, otimização da função, reeducação funcional, treino da funcionalidade). Para avaliar os ganhos em saúde recorremo-nos de indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente a capacitação e o autocuidado (Regulamento n.º 392/2019).

Capacita a Pessoa com Deficiência, Limitação da Atividade e ou Restrição da Participação para a Reinserção e Exercício da Cidadania

Por forma a capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, além dos programas de reeducação funcional implementados, foi também feito treino de AVD's, para que esta se pudesse tornar o mais autónoma possível, promovendo a sua mobilidade e qualidade de vida. Assim, a nossa intervenção foi sobretudo baseada no ensino, treino e demonstração e, foi dirigida tanto à pessoa como ao cuidador, por forma a capacitar ambos. Pois uma vez que a maior parte das pessoas alvo dos cuidados eram dependentes na realização das suas AVD's, necessitavam que o cuidador as substituísse na execução de algumas tarefas, pelo que era nosso objetivo capacitá-lo para o cuidar (Regulamento n.º 392/2019).

Nos diferentes contextos de prestação e cuidados, de modo a promover a mobilidade, acessibilidade e participação social, bem como a promover o potencial de funcionamento biopsicossocial da pessoa, procurámos sempre tentar avaliar e/ou conhecer o seu contexto social, familiar, económico e habitacional. Pois para que a pessoa se possa tornar o mais funcional possível é necessário determinar os fatores facilitadores e/ou inibidores da sua atividade. Assim, o fato de a pessoa possuir um cuidador era um fator facilitador para continuidade dos cuidados no domicílio, sendo este também visto como nosso parceiro no processo de reabilitação. Já relativamente às barreiras arquitetónicas, enquanto fatores inibidores da atividade, estas eram identificadas e a pessoa/cuidador eram alertados para a necessidade de eliminação das mesmas. Pois é fundamental promover um ambiente seguro e prevenir a ocorrência de eventos adversos que possam causar alterações da funcionalidade ou agravar as incapacidades instaladas. Pelo que eram, por exemplo, realizados ensinos em relação à prevenção de quedas. E, durante o estágio final na UCC foi-nos possível participar numa feira da saúde em contexto comunitário, onde desenvolvemos material informativo sobre a prevenção de quedas, e onde nos foi possível desenvolver também ações de educação para a saúde. Já no âmbito da prestação de cuidados em ambiente hospitalar, a pessoa e o cuidador eram

questionados em relação às condições habitacionais e sempre que necessário eram sugeridas alterações, de modo a melhorar a mobilidade e acessibilidade (Regulamento n.º 392/2019).

Maximiza a Funcionalidade Desenvolvendo as Capacidades da Pessoa

Os cuidados de enfermagem de reabilitação têm como foco “a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, e a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Regulamento n.º 350/2015: 16655). Assim, independentemente da condição da pessoa na avaliação diagnóstica as nossas intervenções foram sempre no sentido de a estimular para o seu autocuidado, desenvolvendo processos de readaptação, promovendo o seu potencial e prevenindo riscos que podem interferir com a sua funcionalidade. Para tal, foram concebidos e implementados programas de treino motor e cardiorrespiratório e, estes foram avaliados e reformulados em função dos resultados esperados (Regulamento n.º 392/2019).

Ao longo de todo o processo de reabilitação foi estabelecida uma relação terapêutica com a pessoa/cuidador, definindo com ambos a melhor estratégia para a promoção da funcionalidade da pessoa, bem como os objetivos da nossa intervenção e os resultados que eram esperados. Além disso, disponibilizámo-nos sempre para dar informações adequadas e para escutar ativamente os seus medos, dificuldades e sentimentos, potenciando também o desenvolvimento pessoal de ambos e a sua qualidade de vida. Pois muitas vezes devido à situação de dependência da pessoa, os familiares veem-se obrigados a assumir o papel de cuidadores sem terem conhecimentos ou experiência para o mesmo, sofrendo desgaste e sobrecarga. Pelo que também as capacidades do cuidador devem ser maximizadas por forma a promover a sua funcionalidade.

Assim, no âmbito da nossa estratégia de intervenção junto de cada pessoa/cuidador foram executadas “sessões de ensino, instrução e treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e autogestão” (Regulamento n.º 392/2019: 13568).

3.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O grau de mestre é atribuído numa área de especialidade, na sequência do aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo e confere um elevado nível de conhecimentos e capacidades de compreensão que permitem dar resposta na resolução de problemas de complexidade superior, nomeadamente em contexto de investigação (Decreto-lei n.º 63/2016). Além do que o grau de mestre confere outras competências, tais como: “(...) b) saber aplicar os seus conhecimentos e a

sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (...); c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...), de uma forma clara e sem ambiguidades; e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-lei n.º 63/2016: 3174).

Indo de encontro ao exposto anteriormente, na procura da excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de “(...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156/2015: 8080), bem como as competências técnicas e científicas necessárias para que possa identificar as necessidades da pessoa e garantir a qualidade e continuidade dos cuidados, de modo a promover o desenvolvimento das suas potencialidades (Lei n.º 156/2015).

Assim, através da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos no âmbito da frequência do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação, o objetivo passou por adquirir competências científicas, técnicas e humanas que nos permitissem prestar cuidados na área de especialização de enfermagem de reabilitação, bem como de desenvolver competências e capacidades que nos permitissem contribuir para produção de conhecimento e de projetos de melhoria contínua da qualidade na mesma área.

No contexto da prática clínica, e com base nos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, foi-nos possível desenvolver e adquirir competências comuns e especializadas enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Pois através das diversas experiências pelas quais passámos tivemos como alvo de intervenção a pessoa, em diferentes fases do seu ciclo vital, e em diferentes contextos, com necessidades especiais devido a doença súbita ou descompensação do processo crónico que lhe provocou défice funcional. Pelo que de modo a obter ganhos em saúde, a nossa intervenção passou por prevenir incapacidades e recuperar as capacidades remanescentes, habilitando a pessoa para uma maior autonomia (OE, 2018a). E, ajudando-a a criar “uma maneira de viver com sentido para ela e compatível com a sua situação, e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção” (Hesbeen, 2003: XIV).

Através da criação de uma estratégia de intervenção profissional, com base nas necessidades identificadas no contexto prático e com base na evidência científica e na criação de um modelo de capacitação para o autocuidado, foi-nos possível desenvolver respostas especializadas e estruturadas. Tal, contribuiu para facilitar o processo de tomada de decisão e também para o desenvolvimento de

juízos críticos acerca das diversas situações com que nos deparámos. Além disso, como foi possível verificar no capítulo anterior, através da implementação da estratégia de intervenção profissional conseguimos obter ganhos nos vários domínios em que a pessoa desenvolve o seu autocuidado, o que se refletiu numa maior autonomia e funcionalidade da mesma.

Procurando comunicar os conhecimentos e resultados que foram obtidos, fomos desenvolvendo ao longo deste percurso académico alguns artigos, sendo que um já se encontra publicado e outros dois encontram-se a aguardar publicação, como já referido anteriormente. Com base na evidência científica extraída das pesquisas bibliográficas efetuadas e no sentido de responder a uma necessidade identificada em contexto clínico chegámos à conclusão de que existia uma lacuna na intervenção do EEER junto do cuidador. Esta, prendia-se com o fato de não existir um instrumento que avaliasse as necessidades de aprendizagem do cuidador da pessoa com dependência em processo de reabilitação. Pelo que, através da RSL nos foi possível perceber que existiam alguns indicadores relacionados com o cuidado. Estes, serviram-nos de base para a construção de uma *checklist* (Apêndice I) para verificação dos ensinamentos efetuados ao cuidador, que aplicámos durante o estágio final. Para a construção desta *checklist* contribuíram também as competências adquiridas no âmbito da UC Investigação, que esperamos continuar a desenvolver. Para tal, e prosseguindo com o processo de construção do instrumento referido, em colaboração com o *Comprehensive Health Research Centre* (no âmbito do Projeto financiado poctep 0445_4ie_4_p), iniciámos o desenvolvimento da “Escala de Avaliação das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal”. No âmbito do percurso académico do curso de mestrado foi cumprida a primeira fase de validação dos seus indicadores, perspetivando-se concluir o processo de validação desta escala num futuro próximo, como já referido. Desta forma, é ambicionado o desenvolvimento de competências de aprendizagem ao longo da vida, de modo auto-orientado e autónomo (Decreto-lei n.º 63/2016).

Para finalizar, importa dizer que este relatório, no qual apresentamos o percurso desenvolvido no âmbito da construção e implementação da estratégia profissional, representa também um produto das competências e conhecimentos adquiridos. Pelo que a sua apresentação e publicação pretende divulgar as conclusões e resultados obtidos através da nossa intervenção, de forma clara e sem ambiguidades, com vista à obtenção do grau de mestre (Decreto-lei n.º 63/2016).

CONCLUSÃO

Para finalizar, importa refletir acerca do percurso efetuado com o objetivo de adquirir competências de mestre na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação. E, após implementação do projeto de intervenção profissional *“Proposta de Capacitação para a Pessoa com alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”*, será também feita uma breve reflexão acerca das limitações e dificuldades encontradas, da identificação de oportunidades de melhoria para o futuro, bem como acerca das competências desenvolvidas na capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e na capacitação do seu cuidador, enquanto objetivo geral do presente relatório.

O envelhecimento da população assume-se como um dos grandes desafios dos cuidados de saúde na atualidade. Pois apesar de resultar de um maior desenvolvimento e de melhores condições de vida, do envelhecimento decorrem necessidades para as quais nem sempre existe uma resposta apropriada. Pois a pessoa idosa, apresentando patologias crónicas e já com alguma fragilidade e com alterações próprias do envelhecimento, quando passa por uma situação de doença súbita ou de agudização dos processos crónicos pré-existentes, ficando sujeita a um maior período de imobilidade, acaba por perder a sua autonomia e por adquirir maiores níveis de dependência. Neste contexto, surge a necessidade de que os familiares ou outros cuidadores assumam o seu cuidado. No entanto, numa sociedade moderna, em que a população em idade ativa passa grande parte do tempo fora de casa, nomeadamente no seu local de trabalho, nem sempre este processo é possível. E, muitas vezes, os conhecimentos e as condições que os familiares cuidadores apresentam também não são os melhores, pelo que o recurso acaba por ser a institucionalização do idoso.

O cuidador informal, no assumir da sua função, passa muitas vezes por um processo de transição devido a um acontecimento inesperado, que deixa o seu familiar dependente dos seus cuidados de um momento para o outro. E, este, muitas vezes sozinho, sem ter experiência, conhecimentos adequados ou mesmo sem recursos suficientes, vê-se inevitavelmente obrigado a cuidar do seu familiar. Esta situação, além dos sentimentos negativos associados à nova condição de dependência, pode acarretar também algum desgaste e *stress* para o cuidador informal. Pois, muitas vezes o cuidado ao seu familiar ocupa quase todo o seu tempo e acaba por deixar de lado o seu próprio autocuidado. Além do que, a sua falta de experiência e conhecimentos, pode gerar em si algum sentimento de frustração e *stress*, levando uma sobrecarga do cuidador informal.

Embora, em Portugal tenha sido aprovado o Estatuto do Cuidador Informal, e, embora existam já alguns programas de apoio ao cuidador informal, nem sempre estas medidas estão acessíveis a todos. A RNCCI continua a desempenhar aqui um papel fundamental, uma vez que assegura apoio social e cuidados de saúde à pessoa em situação de dependência independentemente da sua idade, procurando promover a sua autonomia e funcionalidade, através da sua reabilitação, readaptação, e reinserção familiar e social. Além do que, procura também incluir o cuidador/família na prestação de cuidados, promovendo a sua co-responsabilização e, ao mesmo tempo assegurando o apoio e suporte de que estes necessitam, capacitando-os para o cuidado e para a integração da pessoa cuidada no seio familiar (OE, 2009a). No entanto, nem sempre a RNCCI consegue assegurar resposta a todas as pessoas que carecem da mesma. E, tal como foi possível verificar, no serviço de Ortopedia, quase sempre as pessoas iam para o domicílio, ao cuidado dos seus familiares, a aguardar vaga em UMDR para cumprir programa de reabilitação. Embora essa resposta fosse temporariamente assegurada pela ECCI, o tempo de intervenção do EEER era mínimo e, o familiar cuidador assumia os cuidados à pessoa.

Nos contextos de prática clínica observou-se que a maior parte das pessoas alvo dos cuidados do EEER eram idosos em situação de dependência, principalmente no contexto domiciliário. Pelo que se achou pertinente desenvolver uma estratégia de intervenção dirigida à pessoa idosa. Além disso, todas as pessoas necessitavam de continuidade de cuidados, pelo que o cuidador se assumia também enquanto parte integrante do programa de reabilitação. E, como foi possível averiguar de entre os cuidadores do Grupo A e B, 40% eram também eles idosos, apresentando uma maior probabilidade de vir também a necessitar de cuidados.

Posto isto, é de realçar o papel preponderante que o EEER pode ter junto quer da população idosa com alterações do autocuidado, quer junto dos próprios cuidadores. Pelo que a sua intervenção deve passar por promover a capacidade funcional da pessoa idosa e/ou manter as capacidades funcionais de todos aqueles que já são dependentes, bem como evitar as complicações decorrentes da imobilidade. E, é também necessário formar os cuidadores e capacitá-los para o cuidado. No entanto, por todo o processo de desgaste e sobrecarga pelo qual os cuidadores passam, estes não podem ser esquecidos. Devendo ser incentivados a cuidar de si próprios e a procurar comportamentos de saúde e autocuidado, que lhes permitam fazer uma gestão eficaz da sua função e desenvolver mecanismos de *coping* adequados, prevenindo situações geradoras de sobrecarga. Pois como nos foi possível verificar, após aplicação do QASCI no grupo B, dos 7 cuidadores que foram acompanhados: 2 apresentavam sobrecarga grave, 4 apresentavam sobrecarga moderada e 1 apresentava sobrecarga ligeira, sendo que nenhum apresentava ausência de sobrecarga. Deste modo, justifica-se a necessidade de intervenção do EEER junto do cuidador. No entanto, devido ao curto espaço de tempo em que nos foi possível acompanhar estas pessoas, não voltámos a aplicar o QASCI. E, dada ausência

de programas de acompanhamento do cuidador na UCC em que foi desenvolvido o estágio final, sugeriu-se a implementação dos mesmos uma vez identificada esta necessidade. Procurando contribuir para a resolução dessa necessidade, foi desenvolvido em colaboração com o enfermeiro orientador um manual de apoio ao cuidador. E, foi dada disponibilidade para futura colaboração na implementação de um programa de apoio ao cuidador com base na estratégia de intervenção desenvolvida.

Com a criação de um Modelo de Capacitação para o Autocuidado, incluindo os contributos da TDAE de Orem, do Modelo de Autocuidado de Fonseca, do Modelo de *Empowerment* de Gibson e da Teoria da relação enfermeiro-doente de Lopes (2006), foi possível desenvolver uma proposta de intervenção estrutura, baseada não só nas necessidades de autocuidado, mas também nas capacidades funcional e de conhecimento da pessoa e, nas condições e contexto da mesma, incluindo a família/cuidador. Além do que, ao se utilizar como estratégia a capacitação da pessoa e cuidador através do modelo de *empowerment*, foi possível promover uma melhor gestão do cuidado, facilitar a relação entre o EEER, o cuidador e a pessoa alvo dos cuidados, e garantir a continuidade dos cuidados no domicílio, obtendo ganhos para ambos. Assim, através do desenvolvimento de um MPP, procurou-se contribuir para a qualidade e desenvolvimento da área de especialidade de enfermagem de reabilitação. E, através da elaboração de uma RSL, foi possível incorporar a evidência científica na prática clínica, incluindo os resultados obtidos no plano de intervenção.

A implementação desta estratégia de intervenção permitiu reafirmar a importância que a avaliação da capacidade funcional tem para a Enfermagem de Reabilitação, enquanto foco e objetivo da sua intervenção. Neste aspeto, o instrumento ENCS revelou-se um elemento fundamental na avaliação diagnóstica e terapêutica aquando da implementação do plano de intervenção de reabilitação, pois permitiu identificar as capacidades e limitações de cada pessoa, não se cingindo aos graus de dependência nas AVD's. Através deste foi possível avaliar aspetos como o autocuidado, a aprendizagem e funções mentais, a comunicação e a relação com amigos e cuidadores, todos eles fundamentais para o processo de reabilitação da pessoa. Pois para que a pessoa possa desenvolver comportamentos de autocuidado adequados tem de apresentar competências ao nível físico, cognitivo, comportamental, emocional e/ou psicossocial. Pelo que as intervenções desenvolvidas foram no sentido de ajudar e/ou complementar as competências funcionais da pessoa dependente, de modo a satisfazer as suas necessidades, maximizar a sua independência na realização das AVD's, e assegurar a readaptação e adaptação funcional aos défices, ajudando a pessoa a promover o seu autocuidado e a prosseguir com o seu projeto de saúde.

Deste modo, foi possível adquirir conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da intervenção do EEER, ao implementar a estratégia de intervenção profissional descrita,

nomeadamente: cuidar de pessoas com necessidades especiais, possuindo deficiências, limitação da atividade e/ou restrição da participação, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados; maximizando a sua funcionalidade e capacitando-as para a reinserção e exercício da sua cidadania. Assim, foram utilizadas técnicas específicas de enfermagem de reabilitação e foram dirigidas intervenções à educação dos doentes e pessoas significativas, incluindo cuidadores, de modo a planear a alta, garantir a continuidade de cuidados e a reinserção da pessoa na família e comunidade, proporcionando-lhe o direito à dignidade e qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019). E foi desenvolvida uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (capacitação e autocuidado). Pelo que respondendo à questão de partida “*Quais os ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e na capacitação do seu cuidador?*”, e indo de encontro aos resultados obtidos na RSL, foram identificados como ganhos: a promoção do autocuidado e capacitação da pessoa, que se refletiu em ganhos na funcionalidade geral, tanto no grupo A como no grupo B; o aumento da mobilidade, bem como a prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, com ganhos a nível da força, da capacidade de marcha, do equilíbrio e na realização das AVD's; e, através da capacitação do cuidador, foi também possível promover o seu autocuidado e garantir a continuidade dos cuidados no domicílio, sendo que não se verificou nenhum episódio de agudização ou hospitalização no caso do grupo B. Além disso, embora as dimensões seguintes não tenham sido avaliadas, acreditamos que a intervenção do EEER contribuiu para ganhos no domínio psicossocial, nomeadamente para a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, para um aumento da autoeficácia e diminuição da fadiga, tanto no que respeita à pessoa como ao cuidador, promovendo a qualidade de vida de ambos. Relativamente à sobrecarga do cuidador informal, embora esta tenha sido avaliada inicialmente através do QASCI, a sua reavaliação não foi feita pelo curto espaço de tempo em que a intervenção decorreu. No entanto, pensa-se que a intervenção dirigida ao cuidador de alguma forma foi facilitadora do seu papel, contribuindo para diminuir a sobrecarga resultante do mesmo.

Assim, considera-se que foram atingidos os objetivos propostos com a elaboração deste relatório, uma vez que descreve as competências no EEER desenvolvidas no âmbito da capacitação da pessoa com alterações do autocuidado e na capacitação do seu cuidador. Para tal, foram identificados os resultados obtidos com a estratégia de intervenção profissional descrita, tendo sido estes posteriormente discutidos e relacionados com a evidência científica obtida através da RSL. Além disso, foram também identificados os ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação com base no modelo de intervenção desenvolvido. E, foi feita uma reflexão acerca do processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEER, bem como acerca do processo de aquisição de competências de mestre.

Por fim, importa referir que a implementação da estratégia de intervenção profissional descrita, procurando contribuir para a melhoria contínua da qualidade e para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, reafirmou também a importância que a Enfermagem de Reabilitação apresenta. Pois ao desenvolver intervenções que promovam a sua autonomia e capacidade funcional, o EEER contribui também para a qualidade de vida da pessoa e cuidador. Além disso, ao ter sido desenvolvida em dois contextos profissionais aqui apresentados, a estratégia de intervenção revelou-se como uma mais valia, não só em termos formativos, mas também em ganhos para a própria pessoa e cuidador.

Quanto às limitações e dificuldades encontradas, importa referir que o curto espaço de tempo de intervenção não permitiu que a amostra selecionada fosse maior, pelo que não é possível generalizar os resultados obtidos. Relativamente ao cuidador, também não nos foi possível continuar a acompanhá-lo após a alta do doente, monitorizando e reavaliando os efeitos da sua sobrecarga através do QASCI. Pelo que se optou logo desde início por aplicar este instrumento apenas uma vez, visto a intervenção ser num curto espaço de tempo, não sendo possível obter resultados significativos a este nível. E, como refere a literatura, os programas dirigidos ao cuidador, além de assegurarem diferentes respostas, devem privilegiar a avaliação de competências e habilidades, bem como a avaliação do impacto da sua função (Peixoto & Machado, 2016). Pelo que esta foi uma das limitações da estratégia implementada.

Outra das contrariedades com que nos deparamos foi o fato de não termos obtido em tempo útil autorização da comissão de ética, o que limitou tanto a implementação da estratégia de intervenção profissional como a elaboração do presente relatório.

Como perspetivas futuras prevê-se a continuidade do processo de validação da “Escala de Avaliação das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador” em colaboração com o *Comprehensive Health Research Centre* (no âmbito do Projeto financiado poctep 0445_4ie_4_p). Assim como a possibilidade de exercer cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, e de desenvolver conhecimentos e competências ao longo da vida, através de uma aprendizagem auto-orientada e autónoma, procurando contribuir para a excelência dos cuidados do EEER e para a produção de conhecimento científico. Pois a validação de escalas é uma das áreas de investigação prioritárias para 2015-2025, assim como a capacitação da pessoa e cuidador, nomeadamente em situações de dependência em contexto domiciliário. Importa, por isso, desenvolver estudos que documentem a prática de enfermagem de reabilitação.

BIBLIOGRAFIA

- Aadal, L., Angel, S., Langhorn, L., Pedersen, B., & Dreyer, P. (2018). Nursing roles and functions addressing relatives during in-hospital rehabilitation following stroke. Care needs and involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (32), 871-79. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=a9fd5ea6-5a80-4d0e-b1da-9fd73824edf7%40pdc-v-sessmgr06>
- Almeida, J., & Sánchez, I. (2014). Análise da Perceção do Cuidador Informal do Doente Dependente por Acidente Vascular Cerebral. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5 (1), 45-55. Disponível em <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/646/594>
- Alves, F. (2014). O Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Dependência em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: Umo novo conhecimento para Guiar a Prática de Cuidados*, 73-82. Disponível em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-898-98443-1-5.pdf
- Alzheimer.Portugal. (2020, maio). *Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer*. Disponível em <https://alzheimerportugal.org/pt/inicio>
- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos de Avaliação Geriátrica (Geriatric Instruments). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*, Coimbra. Disponível em https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J. & Teixeira, L. (2016, Abril). Eficácia do Programa INCARE na Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas após AVC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (3), 9-13. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe3/nspe3a02.pdf>
- Araújo, F., & Martins, T. (2016). Avaliação dos Cuidadores: Considerações e Orientações para a Prática. In T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado, *A Pessoa Dependente & O Familiar Cuidador* (pp. 113-130). Porto: Enfermagem.Porto.
- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2): 59-66. Disponível em https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=84575

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER] (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde. Disponível em <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. 5.ª Edição. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., & Hafsteinsdóttir, T. (2017). Implementation and Feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BioMed Central Nursing* 16 (72). Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=2819b933-ec1d-4afc-b9fd-fff7431fd77e%40pdc-v-sessmgr01>
- Booth, V., Hood-Moore, V., Hancox, J., Logan, P. & Robinson, K. (2019). Systematic scoping review of frameworks used to develop rehabilitation interventions for older adults. *BMJ Open*. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=2ecb5bc9-8bc1-4950-b121-8239420e3b2e%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbm9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=30798309&db=mdc>
- Branco, T., & Guerreiro, D. (2011). A Pessoa Afásica e a Reabilitação. (A. C. CHLC, Ed.) *Enforma*, 10-15. Disponível em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/781>
- Branco, P. (2017). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Brunani, A., Raggi, A., Sirtori, A., Berselli, M., Villa, V., Ceriani, F., . . . Group, & I.-O. (2015). An ICF – Based Model for Implementing and Standardizing Multidisciplinary Obesity Rehabilitation Programs within the Healthcare System. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (12), 6084-91. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=88276a22-cde6-4d2f-9f30-7ca09eaf0f6e%40sdc-v-sessmgr03>
- Carretas, N. (2018). *Modelo de Autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (Relatório de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora. Disponível em <http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/23417/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20>

%20Enfermagem%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20-
%20N%C3%ADdia%20Cristina%20Saramago%20Carretas%20-
%20Modelo%20de%20autocuidado%20para%20pessoas%20em%20processo%20cir%C3%B
Argico....p

Cascais. (2020). *Cascais Cuida*. Programa para Cuidadores Informais. Disponível em <https://www.cascais.pt/servico/cascais-cuida-programa-para-cuidadores-informais>

Cavalcante, T., Nemer, A., Moreira, R., & Ferreira, J. (2018). Nursing Interventions to the Patient with Stroke in Rehabilitation. *Journal of Nursing UFPE online*, 5(12), 1430-6. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f04b9464-4cc3-4059-83fd-cdc20a9de33a%40sessionmgr102>

Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica*. Loures: Lusodidacta.

Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-250). Loures: Lusodidacta.

Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. (4.ª Tiragem ed.). Lisboa: Edições técnicas e Sindicato dos enfermeiros portugueses.

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1.ª ed.). Loures: Lusociência.

Cruz, A., Oliveira, L., & Conceição, V. (2009). *Enfermagem em Ortopneumologia* (2.ª ed.). Coimbra: Formasau.

Cuidar de Quem Cuida [CQC] (2020, maio). *Cuidar de Quem Cuida*. Programa de capacitação de instituições locais para a intervenção junto de cuidadores informais. Disponível em <https://cuidardequemcuida.com/>

Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro (2017). Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 30. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/106434234>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (2016). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, 1.ª série, n.º 176. Disponível em https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq

Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Diário da República, 2.ª Série. N.º 38, 1182-1189. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/247675>

- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Diário da República, I-série-A, n.º 109. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª série, n.º 28. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª série, n.º 74. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/2216310>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. (M. d. Saúde, Ed.) Lisboa, Portugal. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- DGS (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma N.º 054. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- DGS (2013). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma da DGS nº15/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring*. Chicago: Health Administration Press.
- Doran, D., & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as accountability. In D. Doran, *Nursing Outcomes: The state of the Science* (2nd ed., pp. 1-27). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Fernandes, C., Gomes, J., Magalhães, B., & Lima, A. (2019, jan.-jun.). Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa - scoping review. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 282-301. Disponível em <http://dx.doi.org/10.30681/252610103378>
- Fernandes, S., Silva, A., Barbas, L., Ferreira, R., Fonseca, C., & Fernandes, M. (February de 2020). Theoretical Contributions from Orem to Self-care in Rehabilitation Nursing. (F. C. García-Alonso J., Ed.) *Gerontechnology*, 1185. Disponível em https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_16
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018, jan./fev./mar.). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto

- português. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(16), 85-94. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010, jan-mar). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*(15), 1-38. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Fitzpatrick, S., & Owen, K. (2018, agosto 7). Transtornos Cognitivos Pós-Operatórios: Delirium Pós-Operatório e Disfunção Cognitiva Pós-Operatória. *Anesthesia, Tutorial of the week*, 2-6. Disponível em www.wfsahq.org/resources/anaesthesia-tutorial-of-the-week
- Fonseca, C. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Fonseca, C., Ferreira, F., Ramos, A., Lopes, M., & Santos, V. (2017, Agosto). Estudo de necessidades de cuidados de pessoas com 65 e mais anos de idade, proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6, 32-42. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22855/1/4-Necessidades-de-cuidados-de-Enfermagem-de-Reabilitac%CC%A7a%CC%83o-proposta-de-intervenc%CC%A7a%CC%83o.pdf>
- Fonseca, C.; Lopes, M.; Mendes, D.; Parreira, P.; Mónico, L.; Marques, C. (2019). Psychometric Propertis of the Elderly Nursing Core Set. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) Gerontechnology. IWoG 2018. Communications in Computer and Information Science, vol 1016. Springer, Cham. Disponível em https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13
- Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, 1.ª ed. Portugal: Lusodidacta.
- Galvão, T.; Pansani, T. & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia Serviços de Saúde, Brasília*, 24(2): 335-42. Trad. Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; & Altman, DG. The PRISMA group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*(16), 354-361.
- Gil, E., Faria, L., Bispo, S., Barbosa, T., & Figueiredo, M. (2020). Intervenções de Enfermagem que Capacitam o Cuidador Informal da Pessoa com Afasia em Contexto Domiciliário: Uma Scoping

- Review. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 124-137. Disponível em <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta.
- Graça, T., Bocchi, S., Fusco, S., & Avila, M. (2018). A Experiência do Cuidador Informal à Luz da Teoria Geral de Enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 3(16), 355-65. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=9dbf5768-7246-4917-80fa-c466f69c85f5%40pdc-v-sessmgr03>
- Help2Care. (2020, maio). *Help2Care para Quem Cuida*. Disponível em <http://www.help2care.pt/>
- Hernández, C., Pacheco, C., & Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3).
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação, Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Higgins, J.; Thomas, J.; Chandler, J.; Cumpston, M.; Li, T.; Page, M.; & Welch, V. (eds) (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 2nd Edition. Chichester (UK): John Wiley & Sons. Disponível em <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Huijben-Schoenmakers, M., Rademaker, A., Rooden, P., & Scherder, E. (2014). The effects of increased therapy time on cognition and mood in frail patients with stroke who rehabilitate on rehabilitation units of nursing homes in the Netherlands: a protocol of a comparative study. *BioMed Central Geriatrics* 14 (68). Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=6682481e-79d8-4333-937c-457a5b501434%40pdc-v-sessmgr03>
- Imhof, L., Suter-Riederer, S., & Kesselring, J. (2015). Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial. *International Scholarly Research Notices* (6). Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9f0b2d48-52eb-428c-bfcc-527174f03b75%40sessionmgr103>
- International Council of Nurses [ICNP]. (2019). *International Council of Nurses*. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

- International Organization for Standardization [ISO] (2016). *Assistive products for persons with disability - Classification and terminology*. Geneva, Switzerland. Disponível em <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9999:ed-6:v1:en>
- INE (2019). Estatísticas da Saúde - 2017. (2017). Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I. P. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaque, informação à comunicação social*. Lisboa, Portugal: INE, I. P. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES-dest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Kadda, O., Manginas, A., Stavridis, G., Balanos, D., Kotiou, M., & Panagiotakos, D. (2016). Gender Analysis in the Outcomes of a Lifestyle Intervention Among Patients Who Had an Open Heart Surgery. *Angiology*, 1(67), 66-74. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=c1739ea5-b5dc-4198-8790-2d4db3ee641a%40sdc-v-sessmgr02>
- Kisner, C., & Colby, L. (2016). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas* (6.ª ed.). São Paulo, Brasil: Manole.
- Klinke, M., Hafsteinsdóttir, T., Hjaltason, H., & Jónsdóttir, H. (2015). Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies* (52), 1375-1403. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9e267350-7185-4082-8920-5b77510b2200%40sessionmgr4006>
- Lana, L., & Schneider, R. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 673-680. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00673.pdf>
- Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019). Diário da República, 1.ª série, n.º 171. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Diário da República, 1.ª série, n.º 181. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Loft, M., Martinsen, B., Esbensen, B., Mathiesen, L., Iversen, H., & Poulsen, I. (2017). Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation: developing a complex

- intervention using the Behaviour Change Wheel. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* (12). Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9f38d15a-56b0-40f7-9d31-3190c9fe5c1f%40sessionmgr4006>
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2(39), 220-28. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2018, Outubro). Elderly Core Set: Short Form. *Manual & Instrumento*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2013). Processo de Construção do Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging and Innovation*, 2(1), 121-131. Disponível em <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/9-Nursing-elderly-core-set-.pdf>
- Lopes, M., Mendes, F., Nunes, L., Ruivo, A., & Amaral, A. (2016, Dezembro). Saúde-doença: A proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade. *RIASE, REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO*, 2(3), 724-752. Disponível em http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/153/255
- Lumini, M., & Freire, R. (2016). As Novas Tecnologias no Processo de Cuidar. In T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado, *A Pessoa Dependente & O Familiar Cuidador* (pp. 143-159). Porto: Enfermagem.Porto.
- Manzini, C., Brigola, A., Pavarini, S., & Vale, F. (2016). Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 703-14. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150117>
- Marques, C. (2015). *Capacitar para o Cuidado: Perceção do cuidador informal da pessoa com acidente vascular cerebral* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=36194&code=642>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465-474). Loures: Lusociência.

- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M., Martins, A., & Martins, A. (2017). Reeducação Familiar/Social - Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 67-76). Loures: Lusodidacta.
- Martins, R., & Mesquita, M. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Revista Millenium*(50), 239-252. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium50/14.pdf>
- Martins, T.; Ribeiro, J. & Garrett, C. (março, 2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência*, 1:17-31. Disponível em https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=82922&pi_pub_r1_id=
- Martins, T.; Ribeiro, J.; & Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doença*. 4(1): 131-148. Disponível em https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=83237
- Martins, T., & Rocha, M. (2016). Autocuidado: Foco central para a prática de enfermagem. In T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado, *A Pessoa Dependente & O Familiar Cuidador* (pp. 13-28). Porto: Enfermagem.Porto.
- Meleis, A. (2011). *Theoretical Nursing: Developmente & Progress* (5.^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2015). "Box 1.3: Rating system for the hierarchy of evidence for intervention/treatment questions" in *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3.^a ed.) (pp. 11). PA: Wolters Kluwer Health, Philadelphia. Disponível em <https://guides.lib.umich.edu/c.php?g=282802&p=1888246>
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014, mai./jun.). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integratva da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(2), 143-151. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.
- National Institutes of Health [NIH] (2019). Medical Subjects Heading [MeSH] 2019. U. S. National Library of Medicine. Disponível em <https://meshb.nlm.nih.gov/search>

- Nunes, A. (2017a). Demografia, Envelhecimento e Saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 133-154. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p133-154/22425>
- Nunes, L. (2017b). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. (1.^a Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Setúbal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2010, jul-set). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Revista Percursos*, 3-9. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf
- OE (2018a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- OE (2018b). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. *Cadernos OE*, 1(10), Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- OE (2018c). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. (M. d. Reabilitação, Ed.) Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Porto. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- OE (2015b). *Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQ CER)*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Porto. Disponível em

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

OE (2013). Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. *Guia Orientador de Boa Prática, Cadernos OE, 1(7)*. Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

OE (2009a). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Conselho de Enfermagem. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

OE (2009b). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. *Guia Orientador de Boa Prática, Cadernos da OE, 1(2), Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoequiavertebro.pdf>

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6.^a ed. ed.). St. Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

OMS (2004). *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. (D.-G. d. Saúde, Trans.) Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx>

OMS (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral. Um Guia para Fisioterapeutas e Profissionais de Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Organização das Nações Unidas [ONU] (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH). Disponível em <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>

Peixoto, M., & Machado, P. (2016a). A Sobrecarga e o Stress do Cuidador. In T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & M. P., *A Pessoa Dependente & O Familiar Cuidador* (pp. 95-111). Porto: Enfermagem.Porto.

Peixoto, M., & Machado, P. (2016b). Programa de Intervenção aos Familiares Cuidadores. In T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & P. & Machado, *A Pessoa Dependente & O Familiar Cuidador* (pp. 131-142). Porto: Enfermagem. Porto.

- Petronilho, F. (2016). Preparação para o regresso a Casa. In M. Teresa, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado, *A Pessoa Dependente & O Familiar Cuidador* (pp. 73-93). Porto: Enfermagem.Porto.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2017, fev.). Evolução e destino das Pessoas dependentes no Autocuidado: Estudo Longitudinal. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2.^a série(18), 32-42. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63436/1/Evolu%c3%a7%c3%a3o%20e%20destino%20das%20pessoas%20dependentes%20no%20autocuidado_estudo%20longitudinal_RIE%20n%c2%ba18_fev%202017%20%282%29.pdf
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014, nov./dez.). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), pp. 157-164.
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.^a série, n.º 85. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.^a série, n.º 26. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016, jul./ago./set.). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(10), 125-133. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a14.pdf>
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014, Fev.-Mar.). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(1), 25-36. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a04.pdf>
- Rocha, S., Avila, M., & Bochi, S. (2016, Mar.). Influência do Cuidador Informal na Reabilitação do Idoso em Pós-operatório de Fratura do Fêmur Proximal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1-

9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-1983-144720160151069.pdf>
- Rocha, E., & Nogueira, P. (2015, Abr.-Jun.). As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: uma perspetiva epidemiológica. *Revista Fatores de Risco*(36), 35-44. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10150/1/RFR_art580.pdf
- Rodrigues, R., Cristiana, S., Loureiro, L., Silva, S., Crespo, S., & Azeredo, Z. (2015, abr./mai./jun.). Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(5), 65-74. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a08.pdf>
- Rodrigues, M. (2011). *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – Versão Reduzida* (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade do Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1781/1/Marta%20Rodrigues%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Final.pdf>
- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-23). Loures: Lusodidacta.
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da Formação à Prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging and Innovation*, 6(1), 51-54. Disponível em <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2.ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2016). Os Hospitais: Reforma do Serviço Nacional de Saúde. Consultado a 17 de fevereiro de 2020. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/06/CorreiaCunha.pdf>
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-25.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS] (2016). Os Hospitais: Reforma do Serviço Nacional de Saúde, Evolução e Desenvolvimento. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/06/CorreiaCunha.pdf>
- Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D., & Davis, S. (2015). Professional practice models for nursing: A review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 139-150. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12309>

- Slatyer, S., AOUN, S., Hill, K., Walsh, D., Whitty, D., & Toye, C. (2019). Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 19, 1-10. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0>
- Soares, M.; Ribeiro, S.; Fonseca, C.; & Santos, V. (agosto, 2018). Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nas Pessoas Idosas com alteração da Mobilidade. *Journal of Aging and Innovation*, 7 (2): 163. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24343/1/17JAIV7E2.pdf>
- Sousa, L., & Carvalho, M. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño. (2016, Abril). Características de um Programa de Capacitação para Familiares Cuidadores de Pessoas com Demência a Residir no Domicílio. *Artigo de Investigação*(3), 33-38. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0114>
- Sousa, L.; Marques, J.; Firmino, C.; Frade, F.; Valentim, O.; Antunes, A. (2018, maio). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 23: 31-39. Disponível em <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Toubarro, F. (2017). Função Sensoriomotora . In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 159-166). Loures: Lusociência.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.
- Vloothuis, J., Mulder, M., Nijland, R., Konijnenbelt, M., Mulder, H., Herthog, C., . . . Wegen, E. (2015). Caregiver-mediated exercises with e-health support for early supported discharge after stroke (CARE4STROKE): study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central Neurology* 15 (193). Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=0eaa077f-b6d5-4b56-ac82-08d6ff29f5c3%40pdc-v-sessmgr02>

- WHO (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*. Executive Summary. Disponível em <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en>
- WHO (2009). *Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation*. Bangkok: Regional Office for South-East Asia . Disponível em https://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4301.pdf
- World Health Organization [WHO] (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. 2nd United Nations World Assembly on Ageing. Spain: Madrid. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1
- Yin, R. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (5.^a ed. ed.). (C. Herrera, Trans.) Porto Alegre, Brasil: Bookman.

APÊNDICES

Apêndice I – **Checklist** par Validação dos Ensinos feitos ao Cuidador

Checklist para Validação dos Ensinos Feitos ao Cuidador

Ensinos	Necessidades de Aprendizagem																								
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 - Alimentação:																									
2 - Levante/Transferências:																									
3 - Comunicação:																									
4 - Uso do Sanitário:																									
5 - Higiene:																									
6 - Vestuário:																									
7 - Eliminação Intestinal:																									
8 - Eliminação Vesical:																									
9 - Posicionamentos:																									
10 - Marcha/Auxiliares de Marcha:																									
11 - Controlo da Dor:																									
12 - Exercícios Terapêuticos:																									
13 - Produtos de Apoio:																									
14 - Prevenção de Quedas:																									
15 - Prevenção de Úlceras por Pressão:																									

- 1. Não há Problema (0-4%)** - Apresenta conhecimentos e competências práticas que lhe permitem satisfazer todas as necessidades da pessoa cuidada. E/ou não existe necessidade de formação nesta área);
- 2. Problema Ligeiro (5-24%)** - Apresenta conhecimentos e competências práticas que lhe permitem satisfazer quase todas as necessidades da pessoa cuidada);
- 3. Problema Moderado (25-49%)** - Apresenta alguns conhecimentos e competências práticas. No entanto, tem dificuldades no cuidado, não conseguindo satisfazer as necessidades da pessoa cuidada);
- 4. Problema Grave (50-95%)** - Apresenta alguns conhecimentos, mas não tem quaisquer competências práticas que lhe permitam satisfazer as necessidades da pessoa cuidada);
- 5. Problema Completo (96-100%)** - Não apresenta qualquer conhecimento ou competência prática que lhe permita satisfazer as necessidades da pessoa cuidada).

Apêndice II – **Modelo de Consentimento Informado**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE

No âmbito do projeto *“Proposta de Capacitação para a Pessoa com alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”*, confirmo que expliquei todos os procedimentos inerentes ao projeto, de forma clara e inteligível tendo assegurado que este será aplicado durante os cuidados normalmente prestados à pessoa, não havendo contacto ou colheita de informações em outras ocasiões. Confirmando que respondi a todas as questões e dúvidas colocadas pela pessoa e pelo seu cuidador, sendo que me asseguraram que houve um período de reflexão antes da tomada de decisão. Confirmando que foi assegurado que caso a pessoa ou cuidador recusem a participação no projeto, serão assegurados os melhores cuidados possíveis, assim como o respeito pelos seus direitos. Este documento possui duas vias, sendo uma para o investigador e o duplicado para quem consente.

Nome do Profissional de Saúde _____ Contacto: _____

Data ____/____/____ Nº Cédula Profissional _____

Eu _____, declaro ter sido informado/a e esclarecido/a de todas as minhas dúvidas acerca dos objetivos do projeto em que aceito participar, tendo-me sido dada a oportunidade de realizar todas as questões que achei pertinentes e tendo tido a oportunidade para refletir sobre a proposta. Aceito, desta forma os métodos utilizados, sabendo que tenho total liberdade para interromper a participação do mesmo a qualquer altura, se for essa a minha vontade. Autorizo, a utilização dos meus dados, apenas para fins educacionais/científicos, salvaguardando sempre a minha privacidade e confidencialidade na partilha dos mesmos. Estes dados que serão colhidos fazem parte daqueles que são habitualmente colhidos durante os cuidados que me são prestados, não havendo contacto ou colheita de informação em outras ocasiões e fora dos cuidados habituais.

Assinatura da Pessoa _____ Data ____/____/____

No caso de a pessoa não poder assinar, deve ser entregue este documento ao seu **Representante Legal**, sendo ele o responsável pela autorização para a participação no estudo.

Assinatura do Representante Legal _____

Data ____/____/____

Eu _____, enquanto cuidador de _____

declaro ter sido informado/a e esclarecido/a de todas as minhas dúvidas acerca dos objetivos do projeto em que aceito participar juntamente com o meu familiar, tendo-me sido dada a oportunidade de realizar todas as questões que achei pertinentes e tendo tido a oportunidade para refletir sobre a proposta. Aceito, desta forma os métodos utilizados, sabendo que tenho total liberdade para interromper a participação do mesmo a qualquer altura, se for essa a minha vontade. Autorizo, a utilização dos meus dados, apenas para fins educacionais/científicos, salvaguardando sempre a minha privacidade e confidencialidade na partilha dos mesmos. Estes dados que serão colhidos fazem parte daqueles que são habitualmente colhidos durante os cuidados que são prestados ao meu familiar, não havendo contacto ou colheita de informação em outras ocasiões e fora dos cuidados habituais.

Assinatura do Cuidador _____ Data ____/____/____

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE

No âmbito do projeto “Proposta de Capacitação para a Pessoa com alterações do Autocuidado e para o seu Cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, confirmo que expliquei todos os procedimentos inerentes ao projeto, de forma clara e inteligível tendo assegurado que este será aplicado durante os cuidados normalmente prestados à pessoa, não havendo contacto ou colheita de informações em outras ocasiões. Confirmando que respondi a todas as questões e dúvidas colocadas pela pessoa e pelo seu cuidador, sendo que me asseguraram que houve um período de reflexão antes da tomada de decisão. Confirmando que foi assegurado que caso a pessoa ou cuidador recusem a participação no projeto, serão assegurados os melhores cuidados possíveis, assim como o respeito pelos seus direitos. Este documento possui duas vias, sendo uma para o investigador e o duplicado para quem consente.

Nome do Profissional de Saúde _____ Contacto: _____

Data ____/____/____

Nº Cédula Profissional _____

Eu _____, declaro ter sido informado/a e esclarecido/a de todas as minhas dúvidas acerca dos objetivos do projeto em que aceito participar, tendo-me sido dada a oportunidade de realizar todas as questões que achei pertinentes e tendo tido a oportunidade para refletir sobre a proposta. Aceito, desta forma os métodos utilizados, sabendo que tenho total liberdade para interromper a participação do mesmo a qualquer altura, se for essa a minha vontade. Autorizo, a utilização dos meus dados, apenas para fins educacionais/científicos, salvaguardando sempre a minha privacidade e confidencialidade na partilha dos mesmos. Estes dados que serão colhidos fazem parte daqueles que são habitualmente colhidos durante os cuidados que me são prestados, não havendo contacto ou colheita de informação em outras ocasiões e fora dos cuidados habituais.

Assinatura da Pessoa _____ Data ____/____/____

No caso de a pessoa não poder assinar, deve ser entregue este documento ao seu **Representante Legal**, sendo ele o responsável pela autorização para a participação no estudo.

Assinatura do Representante Legal _____
Data ____/____/____ (Duplicado)

Eu _____, enquanto cuidador de _____
declaro ter sido informado/a e esclarecido/a de todas as minhas dúvidas acerca dos objetivos do projeto em que aceito participar juntamente com o meu familiar, tendo-me sido dada a oportunidade de realizar todas as questões que achei pertinentes e tendo tido a oportunidade para refletir sobre a proposta. Aceito, desta forma os métodos utilizados, sabendo que tenho total liberdade para interromper a participação do mesmo a qualquer altura, se for essa a minha vontade. Autorizo, a utilização dos meus dados, apenas para fins educacionais/científicos, salvaguardando sempre a minha privacidade e confidencialidade na partilha dos mesmos. Estes dados que serão colhidos fazem parte daqueles que são habitualmente colhidos durante os cuidados que são prestados ao meu familiar, não havendo contacto ou colheita de informação em outras ocasiões e fora dos cuidados habituais.

Assinatura do Cuidador _____
Data ____/____/____ (Duplicado)

ANEXOS

ANEXO I – Autorização para Aplicação do QASCI

Cara Liliana Barbas

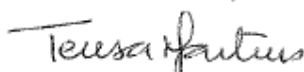
Porto, 15 de junho de 2020

Serve o presente documento para autorizar a aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, pela senhora enfermeira Liliana Marques Barbas, no projeto de investigação "Proposta de Capacitação para o Autocuidado do Cuidador e da Pessoa com Dependência: Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação" a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, sob orientação do Professor Doutor César Fonseca.

Para os autores, a aplicação do QASCI em novos contextos e lugares representa uma recompensa e um contributo para que esta área de actuação adquira maior relevância na prática dos cuidados.

Se tiverem alguma dúvida ou precisar de algum esclarecimento não hesite em contactar.

Com os melhores cumprimentos,


Teresa Martins

ANEXO II – Autorização da Comissão de Ética



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Líliana Barbas

liliana.barbas7@gmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

1627/CES/2020

Assunto: Proposta de Capacitação da Pessoa com Alterações do Aparelho Circulatório e do seu Cuidador: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação no dia 07.02.2020 e emitiu um parecer favorável condicionado ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que resolvido o que é mencionado no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

